Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Developmental Disabilities Administration (DDA)

ការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការចុះឈ្មោះ DDA

Request for DDA Enrollment Determination

For Office Use Only
(សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ)

☐ Initial ☐ Reapplication

DDA Number:

ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

នាមខ្លួន	ឈ្មោះកណ្តាល	នាមត្រកូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

ភេទ
- ☐ ស្រី
- ☐ ប្រុស
- ☐ មិនមែនស្រី ហើយក៏មែនប្រុស
- ☐ មិនចង់និយាយ
- ☐ មិនបានរាយការណ៍ / មិនដឹង

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍
- ☐ មិនធ្លាប់រៀបការ
- ☐ ចែកផ្លូវគ្នា
- ☐ លែងលះ
- ☐ រៀបការរួច
- ☐ នៅបែកគ្នា
- ☐ ដៃគូមិនបានរៀបការ
- ☐ មេម៉ាយ

ការចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ

លេខសន្តិសុខសង្គម

កម្រិត ឬការអប់រំខ្ពស់បំផុត

សេចក្តីត្រូវការទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

ត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បកប្រែឯកសារ៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ភាសាសរសេរចំបង៖

និយាយភាសាអង់គ្លេស៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មានកំណត់

យល់ភាសាអង់គ្លេស៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មានកំណត់

ភាសានិយាយចំបង៖

ក្រមពិន្ទុ (គួសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)
- ☐ ជនជនអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
- ☐ ជនជាតិស្បែកស
- ☐ អាស៊ី
- ☐ ជនជាតិដើមហាវៃ / អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
- ☐ មិនបានរាយការណ៍

អ៊ីស្ប៉ានិក
- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

Medicare
- ☐ បាទ/ចាស; ប្រភេទ៖
- ☐ ទេ

ធានារ៉ាប់រងដទៃទៀត៖

ស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានធម្មតារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ
- ☐ មណ្ឌលដែលផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណដោយមនុស្សពេញវ័យ
- ☐ ផ្ទះរបស់សាច់ញាតិ
- ☐ មន្ទីរពេទ្យ, វេជ្ជសាស្ត្រ
- ☐ មណ្ឌលអប់រំកែប្រែ / ពន្ធនាគារ
- ☐ ផ្ទះរបស់ឪពុកម្តាយ
- ☐ ផ្សេងទៀត ចូរពិពណ៌នា៖
- ☐ គ្មានផ្ទះសម្បែង
- ☐ ផ្ទះកុមារ – កូនចិញ្ចឹម
- ☐ ផ្ទះផ្តាល់ខ្លួន
- ☐ មន្ទីរពេទ្យ, ទាក់ទងនឹងសតិ
- ☐ មណ្ឌលមើលថែទាំ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្ស៊ីបកូដ	ខោនធីស្នាក់នៅ

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (បើខុសគ្នា)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្ស៊ីបកូដ	Washington គឺជាស្រុកកំណើតនៃកំណត់ត្រាយោធា៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

លេខទូរស័ព្ទចំបង		លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត	
( ) -	☐ ចល័ត ☐ នៅផ្ទះ ☐ ការងារ ☐ សារ	( ) -	☐ ចល័ត ☐ នៅផ្ទះ ☐ ការងារ ☐ សារ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

រាយមណ្ឌលសិក្សាធិការដែលបានចូលរៀន និងកាលបរិច្ឆេទ

ប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកកំពុងតែដាក់ពាក្យ

ពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ និងអាយុដែលបានអង្កេតលើកដំបូង

អាយុដែលបានធ្វើរោគវិភាគលើកដំបូងៈ

☐ អូទីហ្សឹម ☐ ជំងឺស្កន់ ☐ ពិការខ្លួរក្បាល

☐ ពិការភាពខាងបញ្ញា ☐ ស្ថានភាពក្រូម៉ូសូម៉ាល ☐ បញ្ហាប្រព័ន្ធប្រសាទ

☐ ពន្យារពេលអភិវឌ្ឍន៍

ពាក្យសុំសេវាការសម្រេចចិត្តលើពិការភាព

តើអ្នកដាក់ពាក្យបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ពិការភាពសន្តិសុខសង្គម ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបំពេញបន្ថែម ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនផ្តល់ឱ្យដោយ DSHS កាលពីឆ្នាំមុន? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ព័ត៌មានតំណាង

ទាមខ្លួន	អក្សរកាត់កណ្តាល	ទាមត្រកូល	ភាសាចំបង អ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់ៈ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ការបកប្រែៈ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (បើខុសគ្នា)	ទីក្រុង	រដ្ឋ ហ្ស៊ីបកូដ	

លេខទូរស័ព្ទចំបង ( ) -	☐ ចល័ត ☐ ទៅផ្ទះ ☐ ការងារ ☐ សារ	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត ( ) -	☐ ចល័ត ☐ ទៅផ្ទះ ☐ ការងារ ☐ សារ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

ប្រភេទទំនាក់ទំនង និងតួនាទី	ទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់ (ឯកសារដែលភ្ជាប់)	រស់នៅជាអ្នកដាក់ពាក្យ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ឈ្មោះរបស់តំណាងផ្សេងទៀត / តួនាទី / អ៊ីមែល

ឈ្មោះរបស់តំណាងផ្សេងទៀត / តួនាទី / អ៊ីមែល

ហត្ថលេខា(នានា)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យ កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	ទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់

បញ្ជីឯកសារភ្ជាប់ដែលតម្រូវ ពាក្យសុំនេះមិនអាចទទួលយកបានទទួលយកបានដោយគ្មានឯកសារដែលតម្រូវនោះទេ។

☐ ពាក្យសុំដែលចុះហត្ថលេខារួចជាមួយគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញ។

☐ ទម្រង់បែបបទ HIPAA ដែលចុះហត្ថលេខារួច (ការផ្ដួនដំណឹងពីការអនុវត្តឯកជនភាព)។

☐ ការយល់ព្រមតាមព័ត៌សម្ងាត់អំពីការផ្លាស់ប្ដូរដែលចុះហត្ថលេខារួច រួមមានលេខទូរសព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងទាំងអស់។ អ្នកដាក់ពាក្យដែលមានអាយុ 13 ឆ្នាំ ឡើងទៅត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។

☐ ប្រសិនបើមានតំណាងស្របច្បាប់ ច្បាប់ចម្លងនៃក្រដាសភាពជាអាណាព្យាបាល ឬឯកសារគុលាការផ្សេងទៀតដែលបង្ហាញពីសមត្ថកិច្ច។

ព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យ អ្នកដាក់ពាក្យគឺជាបុគ្គលការចុះឈ្មោះ DDA កំពុងត្រូវបានស្នើសុំ។

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ៖ បញ្ចូលឈ្មោះស្របច្បាប់របស់អ្នកដាក់ពាក្យ។ កុំបញ្ចូលឈ្មោះហៅក្រៅ។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ បញ្ចូលខែ ថ្ងៃ និងឆ្នាំនៃថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។

យៃនឌ័រ៖ ជ្រើសរើសចម្លើយដែលអាចអនុវត្តបានបំផុត ឬមិនត្រូវបានស្គាល់ / រាយការណ៍ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យចង់មិនឆ្លើយតបទីងសំណួរនេះ។

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់អ្នកដាក់ពាក្យ៖ បង្ហាញពីស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។

ការប្រាស្រ័យទាក់ទង៖ បង្ហាញពីវិធីសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ(នានា)។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យតម្រូវឱ្យមានអ្នកបកប្រែផ្ដាល់មាត់ ឬការបកប្រែនូវការឆ្លើយឆ្លងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ គួសប្រអប់ដើម្បីបង្ហាញ បាទ/ចាស ។ បង្ហាញថាតើអ្នកដាក់ពាក្យនិយាយ យល់ ឬមានភាសាអង់គ្លេសមានដែនកំណត់។ សរសេរជាភាសានិយាយ និងភាសាសរសេរចំបងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ ឬវិធីសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទង រួមទាំង ភាសាសញ្ញាអាមេរិក (ASL) ឬភាសាសញ្ញាផ្សេងទៀត ភាសាជនពិការភ្នែក ឬប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យប្រើ TDD ឬឧបករណ៍ទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀត។

ការចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ៖ សរសេរនៅក្នុងការចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ បើមាន។ មិនដូច្នេះទេ សរសេរ “មិនមាន។”

លេខសន្តិសុខសង្គម៖ សរសេរចូលលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ បើមានមួយ។

ការអប់រំ៖ សរសេរចូលនូវកម្រិត ឬប្រភេទការអប់រំខ្ពស់បំផុតដែលបានចូលរៀនដោយអ្នកដាក់ពាក្យ។

ក្រមជាតិពន្ធុ៖ បង្ហាញនូវចម្លើយ(នានា)ដែលពិពណ៌នាល្អបំផុតពីជាតិពន្ធុរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។ អ៊ីស្ប៉ាន៊ិក៖ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យគឺជា អ៊ីស្ប៉ាន៊ិក ចូរបង្ហាញថា បាទ/ចាស។

Medicare: ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យទទួលបាន Medicare ចូរបង្ហាញថា បាទ/ចាស។ សរសេរចូលនូវប្រភេទ(នានា)នៃ Medicare: A, B, C, D។

ធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖ បញ្ចូលនូវឈ្មោះគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតណាមួយ (រដ្ឋាភិបាល ឬឯកជន) ប្រសិនបើមាន។

ស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានធម្មតារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ៖ គួសប្រអប់ដែលពិពណ៌នាល្អបំផុតពីកិច្ចព្រមព្រៀងលំនៅដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង៖ សរសេរចូលអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ និងលេខទូរសព្ទ(នានា)។

មណ្ឌលសិក្សាធិការ៖ សរសេរចូលមណ្ឌលសិក្សាធិការដែលបានចូលរៀនដោយអ្នកដាក់ពាក្យ រួមទាំងលេខទូរសព្ទសម្រាប់មណ្ឌលទីមួយ។។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងស្នើសុំកំណត់ត្រា មណ្ឌលសិក្សាធិការត្រូវតែត្រូវបានរាយនៅលើពាក្យយល់ព្រមផងដែរ។

ហេតុផលសម្រាប់ការដាក់ពាក្យ៖ សរសេរចូលហេតុផល(នានា)សម្រាប់ដាក់ពាក្យ និងរាយសេវាកម្មនានាដែលអ្នកដាក់ពាក្យ ឬគ្រួសាររបស់អ្នកដាក់ពាក្យចាប់អារម្មណ៍។

ពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ៖ បង្ហាញរោគវិនិច្ឆ័យមួយ ឬច្រើនសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យ និងអាយុរបស់អ្នកដាក់ពាក្យនៅពេលពួកគេត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាលើកដំបូង។ ចូរមានអារម្មណ៍កុំស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការប្រើប្រាស់សន្លឹកក្រដាសផ្សេងដើម្បីប្រាប់យើងបន្ថែមទៀត។

ពាក្យសុំពិការភាព៖ បង្ហាញថាតើអ្នកដាក់ពាក្យបានដាក់ពាក្យសុំការសម្រេចចិត្តពីពិការភាពកាលពីឆ្នាំមុន។ នេះអាចជាសម្រាប់សន្តិសុខសង្គម ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបំពេញបន្ថែម ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនផ្តល់ឱ្យ។ ព័ត៌មាននេះអាចជួយយើងក្នុងការកំណត់ទីតាំងកំណត់ត្រា។

ព័ត៌មានអ្នកតំណាង៖ ព័ត៌មានអំពីឈ្មោះ និងលេខទំនាក់ទំនងរបស់នរណាម្នាក់ដែលនឹងអាចទាក់ទងអ្នកដាក់ពាក្យ ឬផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនង ប្រសិនបើយើងមិនអាចទាក់ទងទៅអ្នកដាក់ពាក្យបាន។ ភាសាចំបង៖ រាយភាសា ហើយបង្ហាញថាតើត្រូវការការបកប្រែផ្តាល់មាត់ / ការបកប្រែឬអត់។

ប្រភេទ / តួនាទីទំនាក់ទំនង៖ សរសេរចូលនូវរបៀបដែលអ្នកតំណាងស្គាល់ ឬមានទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកដាក់ពាក្យ។

អ្នកតំណាងស្របច្បាប់៖ សរសេរចូលនូវទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់ ប្រសិនបើមានមួយ។ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់គឺជាឪពុកម្តាយរបស់កូនដែលអាយុក្រោមដប់ប្រាំបីឆ្នាំ ជាមួយនឹងសមត្ថកិច្ចធ្វើការសម្រេចចិត្តស្របច្បាប់ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់បុគ្គល អាណាព្យាបាលមានដែនកំណត់របស់បុគ្គល នៅពេលអាណាព្យាបាលមានដែនកំណត់មានសមត្ថកិច្ចលើសេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាព មេធាវីរបស់បុគ្គលក្រោមច្បាប់ មេធាវីរបស់បុគ្គលក្នុងសេចក្តីពិត (នរណាម្នាក់ដែលមានអំនាចមេធាវីដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព) ឬបុគ្គលដទៃទៀងឡាយដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ឱ្យជំនួសមុខឱ្យបុគ្គលនៅក្នុងសំណួរ។ ឯកសារនៃទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់ត្រូវតែបានរួមបញ្ចូលជាមួយនឹងពាក្យសុំ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ និង/ឬ តំណាងស្របច្បាប់ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ឪពុក ឬម្តាយរបស់ពួកគេ ឬតំណាងស្របច្បាប់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ អាចជាអ្នកដាក់ពាក្យ ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់ពួកគេក៏បាន ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំនេះ។

ប្រគល់ត្រឡប់ពាក្យសុំនេះ និងឯកសារដែលតម្រូវទៅកាន់ការិយាល័យឆ្លើយឆ្លងខាងក្រោម។

ទីស្នាក់ការកណ្តាលតំបន់ទី **1** (ខោនធីដែលបម្រើ៖ Adams, Asotin, Benton, Chelan, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Kittitas, Klickitat, Lincoln, Okanogan, Pend Oreille, Spokane, Stevens, Walla Walla, Whitman, Yakima)
1611 W Indiana Ave
Spokane, WA 99205-4221
Toll Free: 1-800-462-0624

ទីស្នាក់ការកណ្តាលតំបន់ទី **2** (ខោនធីដែលបម្រើ៖ Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)
20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
Toll Free: 1-800-788-2053

ទីស្នាក់ការកណ្តាលតំបន់ទី **3** (ខោនធីដែលបម្រើ៖ Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)
1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
Toll Free: 1-800-248-0949

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីភាពមានសិទ្ធិទទួល DDA សូមចូលទៅ https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility ។