



សេវាដាក់កន្លែងដោយស្ម័គ្រចិត្ត (VPA)

សម្រាប់កុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យជាមួយការអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព

Voluntary Placement Agreement (VPA) For Child or Youth With Developmental Disabilities

នេះគឺជាច្បាប់ព្រមព្រៀងរវាងរដ្ឋបាលអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព (DDA) និងឪពុក ឬម្តាយ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់សម្រាប់សេវាដាក់កន្លែងដោយស្ម័គ្រចិត្ត (VPS) ទាក់ទងនឹង៖

ឈ្មោះរបស់កុមារ(ខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល )	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសម្គាល់ DDA
--------------------------------------	------------------	----------------

ដោយចុះហត្ថលេខាក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ **DSHS / DDA** និង **ឪពុក ឬម្តាយ/អ្នកតំណាង(នានា)**ស្របច្បាប់របស់កុមារឯកភាពថា៖

- a. កុមារនេះមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ហើយមានការអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព ដូចដែលបានចែងក្នុង RCW 71A.10.020 (“អភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព”) មានន័យថាពិការភាពដែលក្នុងរយៈពេលទាំងការប្រាជ្ញា វិបត្តិខួរក្បាល ជម្ងឺស្តួន ជម្ងឺខ្លះស្មារតីផ្ទុំ ឬជម្ងឺស្រព្វសាទផ្សេងទៀត ឬជម្ងឺដទៃរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលត្រូវបានកំណត់ដោយលេខាធិការដែលទាក់ទងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយការអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព ឬដើម្បីត្រូវឱ្យមានការព្យាបាលស្រដៀងគ្នាទៅនឹងការដែលត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗជាមួយពិការភាពប្រាជ្ញា ដែលពិការភាពកើតមាន មុនពេលបុគ្គលម្នាក់ៗមានអាយុដល់ដប់ប្រាំបីឆ្នាំ ដែលបានបន្ត ឬអាចត្រូវបានរំពឹងថាបន្តដោយគ្មានទឹកដី និងដែលបង្កើតជាការកម្រិតជានិរន្តរភាពមួយចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗ។) និង
- b. ឪពុក ឬម្តាយ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់មានការមើលថែរក្សាកុមារ និងមិនមានបញ្ហានៃការបំពាន និងការមិនអើពើដែលកំពុងរង់ចាំការដោះស្រាយមិនចេញជាមួយរដ្ឋបាលកុមារឡើយ និង
- c. ការដាក់កុមារនៅក្រៅលំនៅឋានគ្រួសារក្នុងចំណាប់អារម្មណ៍របស់កុមារបំផុត និងជាឯកជន ដោយសារតែការអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព។

តើមានហេតុអ្វីឱ្យជឿថា កុមារនេះអាចជាគេរតំណែលនៃជនជាតិដើមឥណ្ឌាដែរទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស អនុវត្តតាមការណែនាំក្នុងសៀវភៅណែនាំលើសុខុមាលភាពកុមារឥណ្ឌា។ មិនត្រូវប្រើទម្រង់នេះ ប្រសិនបើមានហេតុផលដែលត្រូវជឿថា កុមារនេះគឺ៖ 1) សមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ ឬ 2) អចមនសិទ្ធិទទួលបានសមតិភាពក្នុងសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ។ ការយល់ព្រមដោយស្ម័គ្រចិត្តចំពោះការដាក់កន្លែងថែទាំចិញ្ចឹមមិនមានប្រសិទ្ធភាពរយៈពេលដប់ (10) ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីកំណើតរបស់កុមារ ហើយការយល់ព្រមនេះត្រូវបានអនុម័តដោយចេញស្រាយ ប្រើប្រាស់ការយល់ព្រមចំពោះការដាក់កន្លែងថែទាំចិញ្ចឹមដោយ ឪពុក ឬម្តាយរបស់កុមារឥណ្ឌា ឬអាណាព្យាបាលឥណ្ឌា។

**ឪពុក ឬម្តាយ/អ្នកតំណាងសប្បច្បាប់ឯកភាព៖**

ខ្ញុំឯកភាពដោយស្ម័គ្រចិត្តថាកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើត្រូវបានដាក់ក្នុងការថែទាំ និងស្ថិតក្រោមការត្រួតត្រារបស់ DSHS/DDA។ ខ្ញុំរក្សានូវការមើលថែទាំរក្សារបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំរក្សាទុកនូវសមត្ថកិច្ចដើមអនុញ្ញាតឱ្យមានការកាត់មិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រតាមទម្រង់ ការយល់ព្រមចំពោះអាពាហ៍ពិពាហ៍ ចូលធ្វើជាទាហានក្នុងកងទ័ព និងធ្វើការសម្រេចចិត្តស្របច្បាប់សំខាន់ៗសម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតអ្នកបង់តំណាងដែលបានយល់ព្រមត្រង់ផលប្រយោជន៍ណាមួយដែលកូនរបស់ខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួល និងប្រើប្រាស់មូលនិធិទាំងនោះដើម្បីគ្របដណ្តប់លើថ្លៃថែទាំ និងសេវាកម្មផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំ (មើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់អ្នកទាមទារ ឬរបស់បុគ្គលដទៃ)។ ខ្ញុំយល់ថាកិច្ចព្រមព្រៀងនេះនឹងបញ្ចប់តាមការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំក៏ឯកភាព និងយល់ផងដែរថា កូនរបស់ខ្ញុំត្រូវតែប្រគល់មកឱ្យខ្ញុំវិញក្នុងរយៈពេល 72 បន្ទាប់ពី DDA ទទួលបានការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ខ្ញុំ លុះត្រាតែកូនរបស់ខ្ញុំត្រូវបានយកទៅក្នុងការមើលថែរក្សា ដោយយោងតាម RCW 13.34.050 ឬ 26.44.050 ដែលត្រូវដាក់ក្នុងជម្រកថែទាំ ដោយយោងតាម RCW 13.34.060 ដែលត្រូវដាក់ក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម ដោយយោងតាម RCW 13.34.130 ។ ខ្ញុំយល់ផងដែរថា ពីព្រោះខ្ញុំរក្សាទុកនូវការមើលថែរក្សារបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើការដាក់កូនរបស់ខ្ញុំត្រូវរារាំង ហើយការដាក់សម្របសម្រួលផ្សេងទៀតមិនអាចរកបាន ខ្ញុំត្រូវតែយកកូនរបស់ខ្ញុំក្រឡប់ទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំវិញ រហូតទាល់តែការដាក់សម្របសម្រួលអាចត្រូវបានធ្វើឡើង។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ DDA និងយល់ព្រមទទួលរងតួនាទី និងទំនួលខុសត្រូវដូចតទៅ ដូចដែលត្រូវបានរៀបរាប់ខាងក្រោម៖

1. រក្សាការជូនដំណឹងដល់ DDA ពីអាយុជំនាន់ និងលេខទូរស័ព្ទបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ
2. ចូលរួម និងធ្វើការដោយសហការជាមួយបុគ្គលិក DDA និងបុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវលើកូនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការសម្រេចចិត្ត
3. រក្សាទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ខ្លួនជាមួយកូនរបស់ខ្ញុំ និងចូលរួមក្នុងការអភិវឌ្ឍប្រមូល និង “ផែនការចែករំលែកការមើលថែ” ជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ
4. ផ្តល់ឱ្យ DDA នូវព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ សង្គម រាងកាយ អាកប្បកិរិយា បទឧក្រិដ្ឋ និងការអប់រំ ដើម្បីធានាពិការគាំទ្រចាំបាច់សម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ
5. រួមសហការជាមួយ DDA ក្នុងការទទួលយកនូវផលប្រយោជន៍ពេញលេញតាមរយៈរដ្ឋសន្តិសុខសង្គម។ ខ្ញុំយល់ និងឯកភាពលើមូលនិធិទាំងនេះ(ដែលអាចរួមមានទាំងការគាំទ្រលើកុមារ និង/ឬការទទួលចិញ្ចឹម) ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីបង់ការចំណាយលើបន្ទប់ និងក្រុមប្រឹក្សាមូលដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ
6. បន្តរស់នៅក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ឬបណ្តាទីក្រុងដែលទទួលស្គាល់មានព្រំប្រទល់នៅក្រៅរដ្ឋ ដូចដែលដកស្រង់ក្នុង WAC 182-501-0175
7. រក្សាថែទាំការចុះឈ្មោះកូនរបស់ខ្ញុំក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងទន្តសាស្ត្រឯកជន (ប្រសិនបើមាន) និង
8. ផ្តល់ឱ្យ DDA នូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលចេញដីកាលើផែនការរួមចំណែកមើលថែទាំ និង/ឬក្រិត្យលើឯកសារ នៅពេលអាចមាន។



**សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់អ្នកទាមទារ ឬបុគ្គលដទៃ**  
**Statement of Claimant or Other Person**

ឈ្មោះអ្នករកប្រាក់កម្រៃ បុគ្គលធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង ឬ អ្នកទាមទារ SSI	លេខសន្តិសុខសង្គម
ឈ្មោះបុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ (ប្រសិនបើក្រៅពីអ្នករកប្រាក់កម្រៃខាងលើ បុគ្គលធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង ឬ អ្នកទាមទារ SSI )	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នករកប្រាក់ បុគ្គលធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង ឬ អ្នកទាមទារ SSI

ដោយយល់ថាសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះគឺសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទៃក្នុងសន្តិសុខសង្គម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា៖

ខ្ញុំសូមប្រកាសស្ថិតក្រោមការផ្អាកពីនិយមនៃការស្របចំការងារ ខ្ញុំបានពិនិត្យពីតិរិយាទាំងអស់នេះលើសំណុំបែបបទនេះ និងលើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ឬសំណុំបែបបទអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ ហើយវាក៏ពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា នរណាម្នាក់ដែលមានបំណងផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត ឬខុសឆ្គងអំពីការពិតនៃសម្ភារៈមួយក្នុងព័ត៌មាននេះ ឬ បង្កឱ្យបុគ្គលផ្សេងទៀតធ្វើដូច្នោះ ប្រព្រឹត្តបទល្មើស និងអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរឃុំឃាំង ឬអាចប្រឈមមុខនឹងការផ្អាកពីនិយមផ្សេងៗ ឬទាំងពីរ។

**ហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍។ សរសេរជាទឹកបិទពណ៌ក្រហម។**

ហត្ថលេខារបស់ឪពុក ម្តាយ / អាណាព្យាបាល (នាមខ្លួន អក្សរកាត់កណ្តាល ត្រកូល)	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ)
ចុះហត្ថលេខា នៅទីនេះ 	លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខកូដតំបន់)

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (លេខ និងផ្លូវ លេខអាជ្ញាធរមិន ប្រអប់សំបុត្រ ផ្លូវជនបទ)

ទីក្រុង និង រដ្ឋ ហ្សឺប៊ែក

ហត្ថលេខារបស់ឪពុក ម្តាយ / អាណាព្យាបាល (នាមខ្លួន អក្សរកាត់កណ្តាល ត្រកូល)	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ)
ចុះហត្ថលេខា នៅទីនេះ 	លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់)

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (លេខ និងផ្លូវ លេខអាជ្ញាធរមិន ប្រអប់សំបុត្រ ផ្លូវជនបទ)

ទីក្រុង និង រដ្ឋ ហ្សឺប៊ែក

សាក្សីនានាត្រូវបានតម្រូវតែប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយគូស (X) ខាងលើ ប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយគូស (X) សាក្សីនោះក៏ចំពោះការចុះហត្ថលេខានេះដែលដឹង នោះបុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវតែចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ដោយផ្តល់នូវអាសយដ្ឋានពេញលេញរបស់ពួកគេ។

1. ហត្ថលេខាសាក្សី	2. ហត្ថលេខាសាក្សី
អាសយដ្ឋាន (លេខ និងផ្លូវ រដ្ឋ ទីក្រុង និង ហ្សឺប៊ែក)	អាសយដ្ឋាន (លេខ និងផ្លូវ រដ្ឋ ទីក្រុង និង ហ្សឺប៊ែក)