



សំណើសុំឯកសារសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬពិការភាព
Documentation Request for Medical or Disability Condition

ជូនចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព ៖

_____ (ឈ្មោះអតិថិជន) បានប្រាប់ពួកយើងថាពួកគេ ឬសមាជិកគ្រួសារដែលពួកគេថែទាំមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ដែលបង្ការ ឬកម្រិតការចូលរួមរបស់អតិថិជនក្នុងសកម្មភាព WorkFirst ដែលអាចរាប់បញ្ចូលទាំងការស្វែងរកការងារ ការរៀបចំការងារ ថ្នាក់អប់រំ ការបណ្តុះបណ្តាល ឬការធ្វើការ ។

សូមបំពេញបែបបទដែលបានភ្ជាប់មក ដើម្បីពណ៌នាការកម្រិតទាំងនេះ ។ បន្ថែមទៀត បើស្ថានភាពត្រូវបានរំពឹងថាមានរយៈពេលយូរជាងបីខែ ក៏សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ចំណាំតារាងបច្ចុប្បន្នផងដែរ ។

ពួកយើងនឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់កម្រិតនៃការចូលរួមដល់ត្រឹម 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍សម្រាប់ការស្វែងរកការងារ ការរៀបចំការងារ ថ្នាក់អប់រំ ការបណ្តុះបណ្តាល ឬការធ្វើការ ។ សូមគិតប្រាក់ពី DSHS មិនមែនពីអ្នកផ្សេងទេ សម្រាប់ការចំណាយនានាពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ ។

សូមផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹម _____ (កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់) ។ បើពួកយើងមិនទទួលបានព័ត៌មានពីអ្នក ពួកយើងអាចតម្រូវឱ្យមានការចូលរួមពេញម៉ោង ដល់ត្រឹម 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ក្នុងប្រភេទសកម្មភាពដែលបានពណ៌នាខាងលើ ។

បើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីផ្ញើព័ត៌មានមកពួកយើង សូមទូរស័ព្ទមកខ្ញុំតាម _____ (លេខបុគ្គលិក) ។ អ្នកអាចផ្ញើឯកសារ និងកំណត់ចំណាំតារាងដែលពេញលេញនេះទៅលេខទូរសារទូទាំងរដ្ឋរបស់ពួកយើងតាមលេខ 1-888-338-7410 ឬផ្ញើវាទៅ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699 ។

សូមអរគុណ

_____ ឈ្មោះបុគ្គលិក

4. តើបុគ្គលនេះមានការកម្រិតជាមួយការលើក និងយូរដែររទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើបាទ/ចាស បុគ្គលនេះមានការកម្រិតដូចខាងក្រោម ៖

- ការកម្រិតច្រើន ៖ មិនអាចលើកយ៉ាងហោចណាស់ 2 ដាន ឬមិនអាចឈរ ឬដើរ ។
 - ការងារដែលអង្គុយច្រើន ៖ អាចលើកអតិបរមា 10 ដាន និងលើក ឬយូរញឹកញាប់* ដូចជាការក្នុងកសិកម្ម និងឧបករណ៍តូចៗ ។ ការងារដែលអង្គុយច្រើនអាចតម្រូវឱ្យការអង្គុយ ដើរ និងឈររយៈពេលខ្លី ។
 - ការងារស្រាលៗ ៖ អាចលើកអតិបរមា 20 ដាន និងលើក ឬយូរញឹកញាប់* ត្រឹម 10 ដាន ។ ទោះបីជាទម្ងន់លើកអាចមិនរាប់ចូល ការងារស្រាលៗអាចតម្រូវឱ្យមានការដើរ ឬឈរដល់ 6 នៃ 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬពាក់ព័ន្ធការអង្គុយភាគច្រើនជាមួយនឹងការរុញ និងទាញនៃការគ្រប់គ្រងដៃ ឬជើងយូរម្តង ។ យូរៗម្តងមានន័យថាបុគ្គលអាចធ្វើការពិតប្រាកដដល់ 2.5 ម៉ោងក្នុង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ។ វាមិនចាំបាច់ដែលការធ្វើការត្រូវបន្តទេ ។
 - ការងារមធ្យម ៖ អាចលើកអតិបរមា 50 ដាន និងលើក ឬយូរញឹកញាប់* ដល់ត្រឹម 25 ដាន ។
 - ការងារធ្ងន់ ៖ អាចលើកអតិបរមា 100 ដាន និងលើក ឬយូរញឹកញាប់ដល់ត្រឹម 50 ដាន ។
- * ញឹកញាប់មានន័យថាបុគ្គលអាចធ្វើការពី 2.5 ដល់ 6 ម៉ោងក្នុង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ។ វាមិនចាំបាច់ដែលការធ្វើការត្រូវបន្តទេ ។

5. តើស្ថានភាពរបស់បុគ្គលប៉ះពាល់សមត្ថភាពចូលដល់សេវាកម្ម (ដូចជាការប្រើទូរស័ព្ទ ការទទួលការព្យាបាល ការធ្វើនិងរក្សាការណាត់ដូច ការប្រើសេវាកម្មធ្វើដំណើរ ឬការស្វែងរកទីតាំងសេវាកម្ម) ទេ?

បាទ/ចាស ទេ

បើបាទ/ចាស ពណ៌នា ៖

6. តើស្ថានភាពរបស់បុគ្គលអចិន្ត្រៃយ៍ និងដូចជាកម្រិតសមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការធ្វើការ ស្វែងរកការងារ ឬបណ្តុះបណ្តាលការងារ?

- បាទ/ចាស ទេ បើស្ថានភាពមិនអចិន្ត្រៃយ៍ តើរយៈពេលប៉ុន្មានដែលស្ថានភាពរបស់បុគ្គលដូចជាកម្រិតសមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការធ្វើការ ស្វែងរកការងារ ឬបណ្តុះបណ្តាលការងារ ។ សូមប្រើចន្លោះខាងក្រោមដើម្បីបង្ហាញចំនួនសប្តាហ៍ ឬខែ ៖
- _____ ចំនួនសប្តាហ៍ ឬ
- _____ ចំនួនខែ ។

7. a. តើមានគម្រោងព្យាបាលជាក់លាក់ ដែលអ្នកបានធ្វើដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពទាក់ទងនឹងសុខភាព ឬពិការភាពរបស់បុគ្គលនេះ?

បាទ/ចាស ទេ

បើបាទ/ចាស ពណ៌នាគម្រោងព្យាបាល ។

b. តើនរណានឹងផ្តល់សេវាកម្ម និងតាមដានគម្រោងព្យាបាលបន្តបន្ទាប់របស់បុគ្គល?

8. តើមានបញ្ហាជាក់លាក់ដែលត្រូវការប៉ាន់ប្រមាណ ឬការវាយតម្លៃបន្តទៀត? បាទ/ចាស ទេ
 បើបាទ/ចាស សូមពណ៌នាពីប្រភេទការវាយតម្លៃ ឬការប៉ាន់ប្រមាណ និងអ្នកឯកទេសប្រភេទណាដែលបុគ្គលនេះត្រូវបានបញ្ជូន ។

9. បើអ្នកជម្ងឺកំពុងត្រូវបានវាយតម្លៃខុសពីឈ្មោះអតិថិជន ដោយសារផលវិបាកនៃស្ថានភាពអ្នកជម្ងឺមានលើសមត្ថភាពរបស់អតិថិជនដើម្បីចូលរួម សូមបំពេញចំណុចខាងក្រោម ។
 ស្ថានភាពដែលបានបញ្ជាក់នៃកុមារ/សាច់ញាតិជាមនុស្សពេញវ័យ ត្រូវប្រអប់ត្រឹមត្រូវ ៖

- ឪពុក ឬម្តាយ / អ្នកផ្តល់ការថែទាំអាចចូលរួមពី 0 – 10 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។
- ឪពុក ឬម្តាយ / អ្នកផ្តល់ការថែទាំអាចចូលរួមពី 11 - 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។
- ឪពុក ឬម្តាយ / អ្នកផ្តល់ការថែទាំអាចចូលរួមពី 21 - 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។
- ឪពុក ឬម្តាយ / អ្នកផ្តល់ការថែទាំអាចចូលរួមលើសពី 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។
- សូមទាក់ទងខ្ញុំ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។

តើរយៈពេលប៉ុន្មានដែលអ្នករំពឹងថាឪពុក ឬម្តាយនឹងត្រូវការផ្តល់កម្រិតថែទាំនេះ ៖

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រ / ផ្លូវចិត្ត / អ្នកជំនាញផ្សេងទៀត

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ
----------	-------------	-------------

ឈ្មោះ និងឈរជាអក្សរពុម្ព

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
----------------------	---------	------	----------

WA

ការផ្តល់សិទ្ធិដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មាន

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ _____ ដើម្បីបញ្ចេញទៅឱ្យក្រសួងសេវាកម្មសង្គម និងសុខាភិបាល នូវព័ត៌មានលើបែប
 បទនេះ និងព័ត៌មានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រនានា ដែលបញ្ជាក់កត្តាស្ថានភាពជម្ងឺ/រងរបួសដែលបង្ការឱ្យការធ្វើការតែឯង ដើម្បីវាយតម្លៃសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធី
 WorkFirst ។ ខ្ញុំយល់ថាការបញ្ចេញជាពិសេសនេះ រួមមានការធ្វើតេស្តសរសៃឈាម និងថ្លើម ឬព័ត៌មានព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ញៀនជាតិស្រវឹង ឬថ្នាំញៀន និងលទ្ធ
 ផលនៃជម្ងឺកាមរោគ (STD) រួមទាំង HIV/AIDS ពេលដែលព័ត៌មាននោះជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រា ។ (ក្រុមហ៊ុនស៊ីនតេនដែលបានកែសម្រួល (RCW) 78.24.105)

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ	កាលបរិច្ឆេទ
-------------------	-------------

ការណែនាំ

អ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង /បុគ្គលិកសង្គម **DSHS WorkFirst** ៖ គោលបំណងនៃបែបបទនេះ គឺដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការបង្កើតគម្រោងទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួនជាលទ្ធផលនៃស្ថានភាព ឬពិការភាព ពេលដែលមានផលវិបាកលើសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលក្នុងការធ្វើការ ស្វែងរកការងារ ចូលរួមការបណ្តុះបណ្តាល និង/ឬចូលដល់សេវាកម្ម ។ ប្រើបែបបទនេះមិនបានត្រូវដោយច្បាប់ទេ បើមានឯកសារផ្សេងទៀត ។ អ្នកអាចឱ្យបែបបទនេះទៅអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកទទួលបានដើម្បីយកទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មជំនាញត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការបំពេញ ឬអ្នកអាចផ្ញើវាដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ។ បើអ្នកជ្រើសរើសប្រើបែបបទនេះ ទទួលបានហត្ថលេខារបស់អតិថិជននៅទំព័រចុងក្រោយ និងភ្ជាប់ស្រោមសំបុត្រដាក់អាសយដ្ឋានខ្លួនឯង ដែលបញ្ចូលទាំងឈ្មោះរបស់អ្នក ដើម្បីធានាថាបែបបទនឹងត្រូវបានបញ្ជូនត្រឡប់ទៅបុគ្គលត្រឹមត្រូវ ។

អតិថិជន **DSHS** ៖ គោលបំណងនៃបែបបទនេះ គឺដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរដ្ឋសាស្ត្រ ដែលនឹងជួយអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង/បុគ្គលិកសង្គមរបស់អ្នកក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញលើបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក និងការបង្កើតគម្រោងទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួនដែលសាកសមបំផុតនឹងតម្រូវការ និងការកម្រិតជាក់លាក់របស់អ្នក ។

គ្រូពេទ្យ /អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព ៖ សម្រាប់អតិថិជនជាមនុស្សពេញវ័យដើម្បីទទួលបានជំនួយសាធារណៈ (TANF) ពួកគេត្រូវឱ្យធ្វើការ ស្វែងរកការងារយ៉ាងសកម្ម ឬទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលការងារសម្រាប់ 32 ដល់ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អតិថិជនខ្លះអាចមិនអាចបំពេញតម្រូវការនេះ ដោយសារបញ្ហាទាក់ទងនឹងសុខភាព ។ អតិថិជនទាំងនេះអាចត្រូវការលើកពេលជាបណ្តោះអាសន្នពីសកម្មភាពការងារ អាចចូលរួមតែសម្រាប់ចំនួនម៉ោងកម្រិត ឬអាចត្រូវការជៀសវាងប្រភេទសកម្មភាពការងារខ្លះ ។ សូមបំពេញបែបបទនេះ និងឱ្យវាទៅអតិថិជន ដើម្បីផ្ញើវាទៅលេខទូរសារទូទាំងរដ្ឋរបស់យើង 1-888-338-7410 ឬផ្ញើវាទៅអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង ឬបុគ្គលិកសង្គម WorkFirst នៅ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699 ។ ធ្វើឱ្យពួកយើងនូវកំណត់ចំណាំលិខិត ឬឯកសារផ្សេងទៀត ដែលអ្នកមានក្នុងកំណត់ត្រារបស់អ្នកដែលលើកឡើងពីការកម្រិតរបស់បុគ្គល ។