

ព័ត៌មានបេក្ខជន			
ឈ្មោះដំបូង	កណ្តាល	ចុងក្រោយ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
ភេទ <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> មិនដឹង/មិនបាន រាយការណ៍	ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ <input type="checkbox"/> មិនដែលរៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> បានរៀបការ <input type="checkbox"/> ដោយឡែកពីគ្នា <input type="checkbox"/> ដៃគូមិនបានរៀបការ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ	តម្រូវការសហគមន៍របស់បេក្ខជន ត្រូវការអ្នកបកប្រែ: <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ ឯកសារបកប្រែ: <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ ភាសាសរសេរចម្បង: រិយាយភាសាអង់គ្លេស: <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> កម្រិតការយល់ដឹងភាសាអង់គ្លេស: <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនកម្រិត ភាសានិយាយចម្បង:	ការចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ លេខសន្តិសុខសង្គម កម្រិតអប់រំខ្ពស់បំផុត ឬប្រភេទ
កូដជនជាតិភាគតិច (ពិនិត្យទាំងអស់ដែលត្រូវ) <input type="checkbox"/> អាមេរិក ឬដើមកំណើតអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ស <input type="checkbox"/> ហាវ៉ៃជនជាតិដើម / កោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> មិនបានរាយការណ៍			ជនជាតិអាមេរិក <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ
MEDICARE <input type="checkbox"/> បាទចាស ប្រភេទ: <input type="checkbox"/> ទេ ធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត:	ស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានធម្មតារបស់បេក្ខជន <input type="checkbox"/> មណ្ឌលមនុស្សពេញវ័យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ <input type="checkbox"/> គ្មានផ្ទះ <input type="checkbox"/> ផ្ទះចិញ្ចឹមកុមារ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ផ្ទះបងប្អូន <input type="checkbox"/> មណ្ឌលរ៉ែករ៉ូប / គុក <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ ពេទ្យរីកលចរិត <input type="checkbox"/> ផ្ទះខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> មណ្ឌលថែទាំ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត រៀបរាប់: <input type="checkbox"/> ផ្ទះឪពុកម្តាយ		
លេខផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ (បើមាន)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
លេខទូរស័ព្ទចម្បង () -	<input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត () -	<input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល បញ្ជីសាលាដែលបានចូលរួម និងកាលបរិច្ឆេទ			
ប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកដាក់ពាក្យ ពិការភាពការព្រមព្រាង និងអាយុចាត់តាំងដំបូង អាយុដំបូងដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ: <input type="checkbox"/> សរសេរស្រាវ <input type="checkbox"/> ជំងឺស្ករ <input type="checkbox"/> ពិការខ្លួនក្បាល <input type="checkbox"/> ពិការភាពចញ្ឆោត <input type="checkbox"/> ជំងឺក្រូម៉ូសូម <input type="checkbox"/> ជំងឺសរសេរស្រាវ <input type="checkbox"/> ការព្រមព្រាងយឺតយ៉ាវ ពាក្យសុំសេវាបញ្ចប់ពិការភាព មានបេក្ខជនបានដាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ពិការភាពសន្តិសុខ ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម ឬ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រមិនផ្តល់ DSHS ក្នុងឆ្នាំមុន? <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ព័ត៌មានគំណាង			
ឈ្មោះដំបូង	កណ្តាល	ចុងក្រោយ	ភាសាចម្បង
អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
លេខទូរស័ព្ទចម្បង () -	<input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត () -	<input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ
ប្រភេទ/ត្រូវទំនាក់ទំនង	ទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់ (ភ្នាក់ងារកសាង)		អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឈ្មោះឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត			
ហត្ថលេខា			
ហត្ថលេខាបេក្ខជនជាមនុស្សពេញវ័យ			កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់		កាលបរិច្ឆេទ	ទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់

សំណើសម្រាប់ការណែនាំការបញ្ចប់សិទ្ធិទទួល DDA

បញ្ជីឯកសារភ្ជាប់ដែលបានតម្រូវ ពាក្យសុំនេះមិនអាចទទួលដោយគ្មានឯកសារភ្ជាប់ដែលបានតម្រូវនោះទេ។

- ពាក្យសុំដែលបានចុះហត្ថលេខាជាមួយផ្នែកដែលបានបំពេញទាំងអស់។
- ពាក្យសុំ HIPAA ដែលបានចុះហត្ថលេខា (ការជូនដំណឹងការអនុវត្តឯកជន)
- ការយល់ព្រមដែលបានចុះហត្ថលេខានិងព័ត៌មានសម្ងាត់ការផ្លាស់ប្តូរ - រួមទាំងលេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងទាំងអស់។ បេក្ខជនមានអាយុ 13 ឬលើសនេះត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។
- ប្រសិនបើមានគំណាងស្របច្បាប់ ច្បាប់ចម្លងក្រដាសអាណាព្យាបាលភាព ឬឯកសារគុណការផ្សេងទៀតបង្ហាញដំណាច់។

ព័ត៌មានបេក្ខជន បេក្ខជនគឺជាបុគ្គលដែលជាអ្នកមានសិទ្ធិ DDA កំពុងត្រូវបានស្នើ។

ឈ្មោះបេក្ខជន: បញ្ចូលឈ្មោះស្របច្បាប់បេក្ខជន។ កុំបញ្ចូលឈ្មោះក្រៅ។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: បញ្ចូលថ្ងៃ ខែ និងឆ្នាំនៃថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតបេក្ខជន។

ភេទ: ជ្រើសរើសថ្ងៃដែលបានអនុវត្តច្រើនបំផុត ឬមិនដឹង/មិនបានរាយការណ៍ប្រសិនបើបេក្ខជនមិនចង់ឆ្លើយសំណួរនេះ។

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បេក្ខជន: បង្ហាញស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បច្ចុប្បន្នបេក្ខជន។

ទំនាក់ទំនង: បង្ហាញវិធីសាស្ត្រទំនាក់ទំនងរបស់បេក្ខជន។

ប្រសិនបើបេក្ខជនតម្រូវការអ្នកបកប្រែ ឬការបកប្រែនៃការឆ្លើយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ពិនិត្យប្រអប់ដើម្បីបង្ហាញ មែន ។

បង្ហាញថាតើបេក្ខជននិយាយ យល់ ភាសាអង់គ្លេសមានដែនកំណត់។

W សរសេរក្នុងភាសានិយាយសរសេរចម្បង ឬវិធីសាស្ត្រទំនាក់ទំនង រួមទាំងភាសាសញ្ញាអារមេរិក (ASL) ឬភាសាសញ្ញាផ្សេងទៀត អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬប្រសិនបើបេក្ខជនប្រើ

TDD ឬឧបករណ៍ទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀត។

ការចុះឈ្មោះកូលសម្ព័ន្ធ: សរសេរក្នុងការចុះឈ្មោះ កូលសម្ព័ន្ធរបស់បេក្ខជន បើមាន សូមសរសេរ "N/A"។

លេខសន្តិសុខសង្គម: សរសេរក្នុងលេខសន្តិសុខសង្គម បើមានមួយ។

ការអប់រំ: សរសេរក្នុងកម្រិត ឬប្រភេទអប់រំដែលទទួលបានដោយបេក្ខជន។

កូដផែនដាតិភាគតិច: បង្ហាញចម្លើយការរៀបរាប់ល្អបំផុតក្នុងផែនដាសាសន៍បេក្ខជន។ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ: ប្រសិនបើបេក្ខជនជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញបង្ហាញថា មែន ។

Medicare: ប្រសិនបើបេក្ខជនទទួលបាន Medicare បង្ហាញថា មែន។ សរសេរក្នុងប្រភេទ Medicare: A, B, C, D។

ធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត: បញ្ចូលឈ្មោះផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតណាមួយ (រដ្ឋាភិបាល ឬឯកជន) បើមាន។

ស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានធម្មតារបស់បេក្ខជន: ពិនិត្យប្រអប់ដែលរៀបរាប់ពីល្អបំផុតការរៀបចំលំនៅដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់បេក្ខជន។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង: សរសេរក្នុងអាសយដ្ឋានរស់នៅបច្ចុប្បន្នរបស់បេក្ខជន អាសយដ្ឋានផ្លើសប្រក្រត និងលេខទូរស័ព្ទ។

សាលារៀន: សរសេរក្នុងសាលាដែលបានចូលរៀនដោយបេក្ខជន - រួមទាំងលេខទូរស័ព្ទស្រុកនីមួយៗ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងស្នើកំណត់ត្រា សាលារៀនក៏ត្រូវតែរាយលើការយល់ព្រម។

មូលហេតុចំពោះការដាក់ពាក្យ: សរសេរក្នុងមូលហេតុសម្រាប់ការដាក់ពាក្យ និងសេវាបញ្ជីបេក្ខជន និងគ្រួសារបេក្ខជនចាប់អារម្មណ៍។

ពិការភាពការលូតលាស់: បង្ហាញអាគរិទ្ធិមួយមួយ ឬច្រើនសម្រាប់បេក្ខជន និងអាយុបេក្ខជនពេលពួកគេត្រូវបានធ្វើអាគរិទ្ធិដំបូង។ ប្រើសន្លឹកក្រដាសផ្សេងទៀតដោយសេរីដើម្បីប្រាប់យើងបន្ថែម។

ពាក្យសុំពិការភាព: បង្ហាញថាតើបេក្ខជនបានដាក់ពាក្យសម្រាប់ការបញ្ចប់ពិការភាពក្នុងឆ្នាំមុន។ នេះអាចជាសន្តិសុខសង្គម ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម ឬជំនួយអ្នកមានជំងឺ។

ព័ត៌មាននេះអាចជួយយើងក្នុងការកត់ត្រា។

ព័ត៌មានអ្នកគំណាង: ឈ្មោះ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរណាម្នាក់ដែលនឹងអាចទាក់ទងទៅបេក្ខជន ឬផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងបើយើងមិនអាចទាក់ទងទៅបេក្ខជន។ ភាសាចម្បង: រាយភាសា

និងបង្ហាញបើត្រូវការអ្នកបកប្រែ/ការបកប្រែ។

ប្រភេទ/តួនាទីទំនាក់ទំនង: សរសេររបៀបអ្នកគំណាងដឹង ឬទំនាក់ទំនងនឹងបេក្ខជន។

គំណាងស្របច្បាប់: សរសេរក្នុងគំណាងស្របច្បាប់ បើមាន។ គំណាងស្របច្បាប់គឺជាឪពុកម្តាយកុមារអាយុក្រោមដប់ប្រាំបីជាមួយការសម្រេចចិត្តស្របច្បាប់ធ្វើឱ្យមានសិទ្ធិអំណាច អាណាព្យាបាលដែលមានដែនកំណត់របស់បុគ្គលពេល អាណាព្យាបាលដែលមានដែនកំណត់មានសិទ្ធិលើការសម្រេចចិត្តថែទាំសុខភាព មេធាវីបុគ្គលនៅច្បាប់ មេធាវីបុគ្គលនៅការពិត (នរណាម្នាក់ជាមួយអំណាចមេធាវីដែលត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដើម្បីធ្វើការសម្រេចថែទាំសុខភាព) ឬបុគ្គលណាមួយដែលត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដោយច្បាប់ដើម្បីធ្វើសម្រាប់បុគ្គលសំណួរ។

ឯកសារនៃទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់ត្រូវតែរួមជាមួយពាក្យសុំ។

ហត្ថលេខាបេក្ខជន និង/ឬគំណាងស្របច្បាប់: ប្រសិនបើបេក្ខជនអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ឪពុកម្តាយ ឬគំណាងស្របច្បាប់របស់គាត់ ឬនាងត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំ។ បើបេក្ខជនអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ ទាំងបេក្ខជន ឬគំណាងស្របច្បាប់របស់គាត់ ឬនាងត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំ។

ប្រគល់ពាក្យសុំ និងឯកសារភ្ជាប់ទៅការិយាល័យឆ្លើយតបខាងក្រោម។

តំបន់ទីស្នាក់ការកណ្តាល 1 (ខោនធីប្រើ: 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
ទូរស័ព្ទគតិកត់ថ្ងៃ: 1-800-462-0624

តំបន់ទីស្នាក់ការកណ្តាល 2 (ខោនធីប្រើ: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52ND AVE W STE 302
LYNNWOOD WA 98036-3901
ទូរស័ព្ទគតិកត់ថ្ងៃ: 1-800-788-2053

តំបន់ទីស្នាក់ការកណ្តាល 3 Headquarters (ខោនធីប្រើ: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA 98402-1903
ទូរស័ព្ទគតិកត់ថ្ងៃ: 1-800-248-0949

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិទទួល DDA ចូលទៅ <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.