



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION  
**ការត្រួតពិនិត្យតាមពេលកំណត់នៃគម្រោងសេវាផ្ទាល់ខ្លួន**  
**Periodic Review of Individual Service Plan**  
**(RCW 74.13.350)**

ប្រភេទនៃ សវនាការ វិ ការពិនិត្យឡើងវិញ			
<b>ការគាំពារកុមារបន្តរស់នៅក្រៅផ្ទះសំរាប់កុមារ វិ យុវជន ដោយពួកគេនោះមានការលូតលាស់រាងកាយដោយពិការភាព</b>			
កាលបរិច្ឆេទ និង ពេលវេលា នៃ សវនាការ វិ ការពិនិត្យឡើងវិញ	កាលបរិច្ឆេទ នៃ កំណត់ហេតុនោះ	រយៈកាល កំណត់ហេតុ	
1997			
<b>រៀបចំទុកដាក់ព័ត៌មាន</b>			
ឈ្មោះ កុមារ	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត	ភេទ	លេខ រៀងក្តី
ទីលំនៅ ដែលត្រូវរឹងដាក់កុមារ			
សញ្ជាតិ( គួសលើប្រអប់ទាំងឡាយណាដែលតាងដោយបុគ្គល)			
<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិវិជយាសាសាណេស្យាពា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត			
កុមារនេះមានសញ្ជាតិដើមអាមេរិកតាមសេចក្តីបញ្ជាក់ភ្ជាប់ជាមួយ ផ្នែក A តាមរបាយការណ៍គម្រោងសេវាដែលចុះនៅថ្ងៃ _____			
<input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (បើសិនជាកុមារនេះមិនមែនមានសញ្ជាតិដើមអាមេរិកទេ, រាល់ព័ត៌មានដែលបានចុះនោះអាចនឹងត្រូវលុបចោលពីសេចក្តីភ្ជាប់ជាមួយ ផ្នែក A)			
ប្រភេទ នៃ កន្លែងរស់នៅ	កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យមើលឡើងវិញសវនាការពិសេស	ស្ថានភាពកុមារស្របច្បាប់នាពេលបច្ចុប្បន្ន	
<b>កន្លែងរស់នៅ ដោយស្ម័គ្រចិត្ត</b>		ក្រោមការមើលថែ: <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> ទាំងពីរ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	
<b>អ្នកជាប់ទាក់ទិនសំខាន់ៗ</b>			
ឈ្មោះ ម្តាយ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន ម្តាយ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP
ឈ្មោះមេធាវីរបស់ ម្តាយ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋានមេធាវីរបស់ ម្តាយ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP
ឈ្មោះ ឪពុក		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន ឪពុក	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP
ឈ្មោះមេធាវីរបស់ ឪពុក(បើសិនខុសពីខាងលើ)		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋានមេធាវីរបស់ ឪពុក(បើសិនខុសពីខាងលើ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP
ឈ្មោះ អ្នកមើលថែ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន អ្នកមើលថែ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP
ឈ្មោះ អ្នកធ្វើការសង្គម DDA		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន អ្នកធ្វើការសង្គម DDA	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP	
ឈ្មោះជំនួយការអគ្គមេធាវី			

ការបំពេញ: យុវគុណ វិ ការពិនិត្យរាងកាយឡើងវិញផ្សេងៗ;

ធ្វើឡើងចំពោះ: សំណុំរៀងក្តី, អាណាព្យាបាលមើលថែកុមារ, អ្នកផ្គត់ផ្គង់ការរស់នៅប្រចាំ, កុមារ (Over 12), មេធាវីរៀងក្តី, អ្នកមើលថែក្រោមថែទាំ

**ប្រវត្តិសំណុំរឿងក្តី**

A. ថ្ងៃចាប់ផ្តើមនៃ ព្រឹត្តិការណ៍កន្លែងរស់នៅបច្ចុប្បន្ន:

B. កុមារធ្លាប់បាន អោយរស់នៅក្នុងកន្លែងនោះដោយពេញចិត្តពីព្រោះ:

C. សេចក្តីត្រូវការរបស់ត្រូវសារ រឺ កុមារត្រូវបានរកឃើញដូចជា( ការសំរេចចិត្តខាងវិជ្ជាពេទ្យ, ការអប់រំ, បរិស្ថានជុំវិញខ្លួន, សុខភាពវាងកាយ, សញ្ជាតិ និង វប្បធម៌):

D. រាល់សេវាទាំងឡាយត្រូវបានស្នើរអោយដើម្បីការពារការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅនោះ( សូមបរិយាយលើសេវាការពារដែលធ្លាប់បានស្នើរអោយ និង ផ្តល់អោយ។ បើសិនជាមិនបានស្នើរអោយទេ, សូមពន្យល់ថាមកពីហេតុអ្វី):

E. ធនធានសំរាប់ការផ្លាស់ប្តូរកន្លែងដែលបានត្រឹមហើយ រឺ ការទទួលបានកន្លែងរស់នៅតូចតាមតម្រូវការពេលដែលកុមារបានផ្លាស់ចូលទៅ នៅពេលនោះ:

**គំរោងការណ៍រឿងក្តីសំរាប់រយៈពេលពិនិត្យឡើងវិញ( លើកលែងតែជួបបានសេចក្តីអនុញ្ញាតិដោយសេចក្តីបញ្ជារបស់តុលាការ)**

A. គំរោងអចិន្ត្រៃយ៍សំរាប់រយៈពេលពេលយកកាលណ៍ចន្លោះ

- ការត្រួតពិនិត្យចំណុះ  សេវាដោយយុត្តិធម៌សន្តាន  ការមើលថែរក្សាដោយយុត្តិធម៌សន្តាន
- ការមើលថែរក្សាដោយអាណាព្យាបាលចិញ្ចឹម  សេចក្តីព្រមព្រៀងយូរអង្វែងនៃការគាំពារដោយការចិញ្ចឹមតូចរបស់អ្នកដទៃ

ការបញ្ចប់សាកល្បងនៃគំរោងអចិន្ត្រៃយ៍នាពេលបច្ចុប្បន្នត្រូវតែផ្អែកលើសកម្មភាព, សេចក្តីប្រតិបត្តិ និង ការចូលរួមពីសំណាក់អ្នកដែលជាប់ទាក់ទិន:

ជាសេចក្តីគំរូអោយមាន- ស្ថានភាពច្បាប់របស់កុមារ

**កន្លែងរស់នៅដោយស្ម័គ្រចិត្តនឹងត្រូវបន្តចេញពីការគាំពារមើលថែនៅផ្ទះជាមួយនឹងអាណាព្យាបាលដែលមើលថែកុមារ។**

B. ជាសេចក្តីគំរូអោយមាន- កន្លែងរស់នៅថ្មី

1. នៅក្នុងកញ្ចប់សេវាផ្គត់ផ្គង់នៅក្នុងផ្ទះពីព្រោះ:

2. កន្លែងរស់នៅក្រៅផ្ទះពីព្រោះ:

3. ពីព្រោះពិបាកនៃសេចក្តីគំរូអោយមានរបស់កន្លែងរស់នៅក្រៅផ្ទះ និង របៀបនៃការស្នើរអោយមានការផ្លាស់ប្តូរកន្លែងដែលបានបរិយាយនៅក្នុង B.2 ខាងលើដែលប្រកបដោយមានលក្ខណ៍កំណត់ និង នៅក្នុងកន្លែងដែលនៅជិតផ្ទះរបស់អាណាព្យាបាល, សាលារៀនរបស់កុមារ, និង សេចក្តីត្រូវការចាំបាច់របស់កុមារ។

**សេចក្តីសម្រេចសវនករសង្គម**

**ក្នុងមកជាមួយ**

- សេចក្តីស្តាប់ជាមួយ A ដែលបានដោយសញ្ញាតិថា ជាជនជាតិដើមអាមេរិក
- ច្បាប់ចំណងនៃ RCW 74.13.350
- កិច្ចព្រមព្រៀងកន្លែងរស់នៅស្ម័គ្រចិត្ត
- ការធ្វើតេស្តសាច់ដើម DDA
- គំរោងថែទាំកែលម្អផ្ទះ
- IEP
- ផ្សេងៗ:

**ដាក់ពាក្យដោយ:**

រដ្ឋបាលនៃភាពល្អធនលាស់របស់ជនពិការភាព (DDA) ឈ្មោះអ្នកធ្វើការសង្គម

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះអ្នកចាត់ការលើសេវាកន្លែងរស់នៅស្ម័គ្រចិត្តរបស់ DDA

កាលបរិច្ឆេទ

ច្បាប់ចំណងដែលបានផ្តល់ទៅអោយអាណាព្យាបាល:

\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_  
 ម្តាយ

\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_  
 ឪពុក

ច្បាប់ចំណងបានធ្វើទៅអ្នកចេញអាជ្ញាប័ណ្ណនៅថ្ងៃ \_\_\_\_\_