

សំណើឯកសារសម្រាប់លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ និងសមត្ថភាពមុខងារដែលនៅសល់
Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពជាទីគោរព ៖

សម្រាប់អតិថិជនជាមនុស្សពេញវ័យដើម្បីទទួលបានជំនួយសាធារណៈ (TANF) ពួកគេត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើការ ស្វែងរកការងារយ៉ាងសកម្ម ទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីធ្វើការរហូតដល់ទៅ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អតិថិជនមួយចំនួនមិនអាចបំពេញតម្រូវការនេះព្រោះតែបញ្ហាទាក់ទងនឹងសុខភាព។ អតិថិជនទាំងនេះអាចត្រូវការ ពន្យារពេលបណ្តុះបណ្តាលសកម្មភាពការងារ អាចចូលរួម ប៉ុន្តែសម្រាប់ចំនួនម៉ោងដែលបានកំណត់ ឬអាចត្រូវចៀសវាងប្រភេទនៃការងារមួយចំនួន។

_____ (ឈ្មោះអតិថិជន) ប្រាប់យើងថាពួកគេ ឬសមាជិកគ្រួសារមួយដែលពួកគេថែទាំ មានស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ដែលបង្ការ ឬកំណត់សមត្ថភាពធ្វើការរបស់ពួកគេ ស្វែងរកការងារ ឬចូលរួមក្នុងការបណ្តុះបណ្តាលការងារ។

សូមបំពេញពាក្យសុំបិទជិតនេះដើម្បីពណ៌នាពីដែនកំណត់វេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ ប្រសិនបើមានស្ថានភាពណាមួយមានរយៈពេលយូរជាងបីខែ សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រគោលដៅ (កំណត់ចំណាំគំនូសតាង មន្ទីរពិសោធន៍ រូបភាព និងគេស្តីអោយវិទ្យុយផ្សេងទៀតណាមួយ) ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ជំងឺ។ សូមចេញវិក្កយបត្រទៅ DSHS មិនមែនអតិថិជន សម្រាប់តម្លៃណាមួយទាក់ទងនឹងការផ្តល់ព័ត៌មានទាំងនេះ។

យើងនឹងប្រើព័ត៌មានទាំងនេះដើម្បីកំណត់កម្រិតនៃការចូលរួមដែលបានតម្រូវ (ដល់ទៅ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍) ក្នុងប្រភេទនៃសកម្មភាពទាំងនេះ និងដែនកំណត់ណាមួយដើម្បីពិចារណាក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការសកម្មភាពតាមតម្រូវការដោយផ្អែកលើតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អតិថិជន។

សូមផ្តល់ព័ត៌មាននៅថ្ងៃ _____ (កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់) ។ ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយទេ យើងអាចតម្រូវការចូលរួមពេញម៉ោង ដល់ទៅ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ក្នុងពេលធ្វើការ ស្វែងរកការងារ ឬការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីធ្វើការដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ។ ប្រសិនបើតម្រូវការមិនត្រូវបានបំពេញទេ អត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់អាចត្រូវកាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីផ្ញើព័ត៌មានមកយើង សូមទូរស័ព្ទមកខ្ញុំនៅលេខ _____ (លេខអ្នកធ្វើការ)។ អ្នកអាចផ្ញើឯកសារដែលបានបំពេញនេះ និងភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយមកលេខទូរសារទូទាំងរដ្ឋរបស់យើងនៅលេខ 1-888-338-7410 ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699។

សូមអរគុណ។

_____ ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ

សំណើឯកសារសម្រាប់លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ និងសមត្ថភាពមុខងារដែលនៅសល់

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

ឈ្មោះអតិថិជន	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសម្គាល់អតិថិជន		
ឈ្មោះអ្នកជំងឺដែលបានវាយតម្លៃប្រសិនបើខុសពីអតិថិជនដែលមានឈ្មោះខាងលើ				
ឈ្មោះបុគ្គលិក WORKFIRST		លេខទូរស័ព្ទ		
អាសយដ្ឋាន (CSO) ការិយាល័យសេវាសហគមន៍				
ដើម្បីជួយនាយកដ្ឋានកំណត់ដែនកំណត់បុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើ សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម ៖				
1. តើបុគ្គលនេះមានលក្ខណៈជាក់លាក់ (សូមមើលប្រអប់) <input type="checkbox"/> រាងកាយ <input type="checkbox"/> ផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> អារម្មណ៍ ឬ <input type="checkbox"/> បញ្ហាការលូតលាស់ដែលតម្រូវការស្នាក់នៅពិសេស ឬការពិចារណា? <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
2. ប្រសិនបើមែន តើប្រភេទជំងឺ និងអាគរវិនិច្ឆ័យអ្វី?				
តើនេះត្រូវបានគាំទ្រជាមួយភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រគោលដៅ (ការតេស្ត របាយការណ៍មន្ត្រីពិសោធន៍ជាដើម)?				
<input type="checkbox"/> បាទ។ បើមែន សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងគាំទ្រមកជាមួយពាក្យសុំនេះ។				
<input type="checkbox"/> ទេ។ បើទេ សូមដោះស្រាយសំណួរទី 8។				
3. តើស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលរាយខាងលើកំណត់សមត្ថភាពធ្វើការ ស្វែងរកការងារ ឬរៀបចំការងាររបស់បុគ្គលនេះឬទេ?				
<input type="checkbox"/> បាទ។ បើមែន ពិនិត្យមើលឧទាហរណ៍ខាងក្រោមដែលអាចអនុវត្តបាន <input type="checkbox"/> ទេ				
ឧទាហរណ៍នៃដែនកំណត់រួមទាំងសមត្ថភាព៖				
<input type="checkbox"/> ដើម្បីលើករបស់ធ្ងន់	<input type="checkbox"/> ផ្តោតអារម្មណ៍ក្នុងរយៈពេលយូរ			
<input type="checkbox"/> ឈរ ឬអង្គុយរយៈពេលយូរ	<input type="checkbox"/> ធ្វើចលនាច្រំដែល			
<input type="checkbox"/> ធ្វើតាមការណែនាំ	<input type="checkbox"/> ទាក់ទងជាមួយមនុស្ស			
<input type="checkbox"/> ពត់ខ្លួន	<input type="checkbox"/> អត់ធ្មត់នឹងការប៉ះពាល់នឹងសារធាតុគីមី សម្ភារៈសំយោគ			
<input type="checkbox"/> ឈានដល់ខាងលើ	<input type="checkbox"/> ជំនាញម៉ូតូ ឬសរុប			
<input type="checkbox"/> រក្សាការចងចាំ				
សូមពណ៌នាដែនកំណត់ជាក់លាក់ផ្សេងទៀតណាមួយមិនបានរាយខាងលើ ៖				
បើមែន បុគ្គលនេះត្រូវតែត្រូវបានកំណត់ដែនកំណត់ការចូលរួមដូចខាងក្រោមក្នុងមួយសប្តាហ៍ ៖				
<input type="checkbox"/> 0 ម៉ោង (មិនអាចចូលរួម)	<input type="checkbox"/> 1 – 10 ម៉ោង	<input type="checkbox"/> 11 – 20 ម៉ោង	<input type="checkbox"/> 21 – 30 ម៉ោង	<input type="checkbox"/> 31 – 40 ម៉ោង។

Barcode label



4. តើបុគ្គលនេះមានដែនកំណត់ណាមួយជាមួយការលើក ឬប្តូរឬទេ? បាទចាស ទេ បើមែន បុគ្គលនេះមានដែនកំណត់ដូចខាងក្រោម៖

មានដែនកំណត់យ៉ាងខ្លាំង ៖ មិនអាចលើកយ៉ាងហោចណាស់ 2 ដាន ឬមិនអាចឈរ ឬដើរ។

ការងារមិនធ្វើចលនា ៖ មិនអាចលើក 10 ដានអតិបរមា ហើយញឹកញាប់ * លើក ឬប្តូរអត្ថបទដូចជាឯកសារ និងឧបករណ៍តូចៗ។
ការងារសុខស្រួលអាចតម្រូវឱ្យអង្គុយ ដើរ និងឈររយៈពេលខ្លី។

ការងារស្រាល ៖ អាចលើក 20 ដានអតិបរមា ហើយញឹកញាប់ * ឬលើកដល់ទៅ 10 ដាន។ បើទោះបីជាទម្ងន់ដែលលើកអាចធ្វេសប្រហែស
ការងារស្រាលអាចតម្រូវឱ្យដើរ ឬឈរដល់ទៅ 6 រឺ 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬរួមទាំងអង្គុយភាគច្រើនម្តងម្កាល* រុញ ឬអូសបញ្ជាដៃ ឬដើរ។

ការងារមធ្យម ៖ អាចលើក 50 ដានអតិបរមា ហើយញឹកញាប់ * លើក ឬប្តូរដល់ទៅ 25 ដាន។

ការងារធ្ងន់ ៖ អាចលើក 100 ដានអតិបរមា ហើយញឹកញាប់ * លើក ឬប្តូរដល់ទៅ 50 ដាន។

* បុគ្គលនេះអាចអនុវត្តន៍មុខងារពី 2.5 ដល់ 6 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 8 ម៉ោងចាំបាច់ ហើយព្យាយាមមិនអនុវត្តន៍បន្ត។

5. តើស្ថានភាពបុគ្គលនេះប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការចូលប្រើសេវាកម្ម (ដូចជាការប្រើទូរស័ព្ទ ទទួលការព្យាបាល ធ្វើ និងការរក្សាការណាត់ជួប
ការប្រើសេវាដឹកជញ្ជូន ឬស្វែងរកទីតាំងសេវាកម្ម) ឬស្ថិតិសម្រាប់ខ្លួនគេឬទេ?

បាទចាស ទេ

បើមែន ពណ៌នា ៖

6. តើស្ថានភាពរបស់បុគ្គលនេះស្ថិតស្ថេរហើយទំនងជាកំណត់សមត្ថភាពធ្វើការស្វែងរកការងារ ឬបណ្តុះបណ្តាលការងាររបស់ពួកគេ?

បាទចាស ទេ បើស្ថានភាពមិនស្ថិតស្ថេរទេ ទំនងជាកំណត់សមត្ថភាពធ្វើការស្វែងរកការងារ ឬបណ្តុះបណ្តាលការងាររបស់ពួកគេយូរយ៉ាងណា។
សូមប្រើចន្លោះខាងក្រោមដើម្បីបង្ហាញពីចំនួនសប្តាហ៍ ឬខែ ៖

_____ ចំនួនសប្តាហ៍ ឬ

_____ ចំនួនខែ

7. a. តើមានផែនការព្យាបាលជាក់លាក់ដែលអ្នកបានធ្វើដើម្បីដោះស្រាយស្ថានភាពទាក់ទងនឹងសុខភាពភាពបុគ្គលនេះឬទេ?

បាទចាស ទេ

បើមែន ពណ៌នាពីផែនការព្យាបាល។

b. នរណានឹងផ្តល់ និងតាមដានផែនការព្យាបាលបន្ត?

8. តើមានបញ្ហាជាក់លាក់ដែលត្រូវការគិតស្មាន ឬការវាយតម្លៃបន្ថែមទេ? បាទចាស ទេ
 បើមែន សូមបញ្ជាក់ការគិតស្មាន ឬការវាយតម្លៃត្រូវការបន្ថែមដើម្បីកំណត់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ និងផែនការត្រូវដោះស្រាយ។
 សូមបង្ហាញបើមានការបញ្ចប់បន្តទៅអ្នកជំនាញបើបានតម្រូវ។

9. ប្រសិនបើអ្នកដឹងត្រូវបានវាយតម្លៃខុសពីឈ្មោះអតិថិជនព្រោះប៉ះពាល់ស្ថានភាពអ្នកដឹងមានលើសមត្ថភាពរបស់អតិថិជនដើម្បីចូលរួម
 ដោយសារតែត្រូវការការថែទាំបុគ្គលក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ សូមបំពេញខាងក្រោម។
 បានផ្តល់ឱ្យស្ថានភាពសាច់ញាតិកុមារ/មនុស្សពេញវ័យ គួសប្រអប់សមរម្យ៖

- ឪពុកម្តាយ / អ្នកថែទាំអាចចូលរួមខាងក្រៅផ្ទះ 0 – 10 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ឪពុកម្តាយ / អ្នកថែទាំអាចចូលរួមខាងក្រៅផ្ទះ 11 - 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ឪពុកម្តាយ / អ្នកថែទាំអាចចូលរួមខាងក្រៅផ្ទះ 21 - 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ឪពុកម្តាយ / អ្នកថែទាំអាចចូលរួមខាងក្រៅផ្ទះលើសពី 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សូមទាក់ទងមកខ្ញុំសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើអ្នករំពឹងថាឪពុកម្តាយនឹងត្រូវការផ្តល់ពេលយូរឬប៉ុណ្ណាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំកម្រិតនេះ៖ _____ ចំនួនសប្តាហ៍
 _____ ចំនួនខែ

អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រ/ផ្លូវចិត្ត / វិជ្ជាជីវៈផ្សេងទៀត

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

ឈ្មោះបោះពុម្ព និងតួនាទី

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ទីក្រុង កូដហ្ស៊ីបរដ្ឋ
WA

ការអនុញ្ញាតឱ្យចេញផ្សាយព័ត៌មាន

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ _____ ចេញផ្សាយទៅក្រសួងសង្គមកិច្ច
 និងសេវាសុខភាពព័ត៌មានលើពាក្យសុំដែលជាកត្តាសំខាន់នៃស្ថានភាពដឹង/រហូសដែលបង្ហាញពីការងារដើម្បីវាយតម្លៃសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការចូលរួមក្នុងកម្មវិធី WorkFirst ។
 ខ្ញុំយល់ដឹងថាការចេញផ្សាយនេះជាពិសេសរួមបញ្ចូលគេស្តីអោយនិយាយ ឬព័ត៌មានព្យាបាលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត សេពគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន
 និងជាលទ្ធផលនៃជំងឺកាមរោគ (STD), រួមបញ្ចូលទាំង HIV/AIDS, ពេលដែលព័ត៌មានបែបនេះគឺជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រា។ (ក្រុមវ៉ាស៊ីនតោនដែលបានកែលម្អ) (RCW)
 78.24.105)

ហត្ថលេខាអ្នកដឹង	កាលបរិច្ឆេទ
-----------------	-------------

ការណែនាំ

ប្រធានសំណុំរឿង **DSHS WorkFirst** / អ្នកធ្វើការងារសង្គម ៖ គោលបំណងនៃពាក្យសុំនេះគឺដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ក្នុងការបង្កើតផែនការទំនួលខុសត្រូវបុគ្គល ជាលទ្ធផលនៃស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអសមត្ថភាព មានផលប៉ះពាល់លើសមត្ថភាពធ្វើការបុគ្គល ស្វែងរកការងារ ចូលរួមការបណ្តុះបណ្តាល និង/ឬចូលប្រើសេវាកម្ម។ ប្រើពាក្យសុំនេះគឺមិនចាំបាច់ទេបើសិនមានឯកសារផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចផ្តល់ពាក្យសុំចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកទទួលទោសអ្នកផ្តល់សេវាជំនាញសមរម្យសម្រាប់ការប្រកួត ឬអ្នកអាចផ្តល់វាដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់តាមរយៈទូរសារ ឬសំបុត្រ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសផ្ញើសំបុត្រពាក្យសុំនេះ ទទួលបានហត្ថលេខារបស់អតិថិជននៅទំព័រចុងក្រោយ និងស្រាមសំបុត្របិទជិតដែលបានបង់ប្រាក់ជាមុន។

អតិថិជន **DSHS** ៖ គោលបំណងនៃពាក្យសុំនេះគឺដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានពីអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលនឹងជួយប្រធានសំណុំរឿងរបស់អ្នកក្នុងការត្រួតពិនិត្យបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក និងបង្កើតផែនការទំនួលខុសត្រូវបុគ្គលដែលសមនឹងតម្រូវការ និងផែនការកំណត់របស់អ្នកបំផុត។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរាងកាយ / សុខភាព ៖ សម្រាប់អតិថិជនជាមនុស្សពេញវ័យទទួលបាននូវសាធារណៈ (TANF), ពួកគេត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើការ សកម្មក្នុងការស្វែងរកការងារ ឬបណ្តុះបណ្តាលការងារដល់ទៅ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អតិថិជនមួយចំនួនមិនអាចបំពេញតម្រូវការនេះទេព្រោះតែបញ្ហាទាក់ទងនឹងសុខភាព។

អតិថិជនអាចត្រូវការការពន្យារពេលបណ្តោះអាសន្នពីសកម្មភាពការងារ អាចចូលរួម ប៉ុន្តែក្នុងចំនួនម៉ោងដែលបានកំណត់ ឬអាចត្រូវការចៀសវាងប្រភេទសកម្មភាពការងារជាក់លាក់។ សូមបំពេញពាក្យសុំនេះ ហើយប្រគល់វាទៅអតិថិជន ផ្ញើវាទៅលេខទូរសារទូទាំងរដ្ឋរបស់យើងនៅលេខ 1-888-338-7410 ឬផ្ញើទៅប្រធានសំណុំរឿង WorkFirst នៅ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699។ ផ្ញើមកយើងនូវកំណត់ចំណាំណាមួយ លិខិត ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានរួចហើយក្នុងកំណត់ត្រារបស់អ្នកដែលដោះស្រាយផែនការកំណត់បុគ្គល។