



Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (ការស្នើសុំសំណុំឯកសារសម្រាប់បញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសមត្ថភាពមុខងារដែលនៅសល់)

សូមគោរពអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព៖

សម្រាប់អតិថិជនជាមនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីទទួលបានជំនួយសាធារណៈ (TANF) ពួកគេត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើការ ស្វែងរកការងារយ៉ាងសកម្ម ឬ ទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីធ្វើការរហូតដល់ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អតិថិជនមួយចំនួនប្រហែលជាមិនអាចបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌ តម្រូវនេះបានទេដោយសារបញ្ហាទាក់ទងនឹងសុខភាព។ អតិថិជនទាំងនេះអាចត្រូវការពន្យារពេលជាបណ្តោះអាសន្នពីសកម្មភាពការងារ ប្រហែលជាអាចចូលរួមបាន ប៉ុន្តែសម្រាប់ចំនួនម៉ោងមានកំណត់ ឬអាចនឹងត្រូវចៀសវាងប្រភេទសកម្មភាពការងារមួយចំនួន។

_____ (ឈ្មោះអតិថិជន) បានប្រាប់យើងថា ពួកគេ ឬសមាជិកគ្រួសារដែលពួកគេថែទាំ មានបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្លូវចិត្ត ឬផ្លូវអារម្មណ៍ ដែលរារាំង ឬដាក់កំហិតលើសមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការធ្វើការ ស្វែងរកការងារ ឬចូលរួមក្នុងការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីធ្វើការ។

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទដែលភ្ជាប់មកជាមួយដើម្បីពិពណ៌នាអំពីដែនកំណត់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ **ប្រសិនបើរយៈពេលនៃបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ ណាមួយមានរយៈពេលយូរជាងបីខែ សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រប្រកបដោយសត្យានុម័ត (ចំណារកំណត់ចំណាំនៅលើឯកសារ តារាង មន្ទីរពិសោធន៍ ការវាយតម្លៃ និងការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត) ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់បញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ។** សូមចេញវិក្កយបត្រគិតថ្លៃពី DSHS មិនមែនពីអតិថិជនទេ សម្រាប់ការចំណាយណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ។

យើងនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះ ដើម្បីកំណត់កម្រិតនៃការចូលរួមដែលត្រូវការ (រហូតដល់ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍) នៅក្នុងប្រភេទទាំងនេះនៃ សកម្មភាព និងការដាក់កម្រិតកំណត់ណាមួយដែលត្រូវពិចារណាក្នុងការរៀបចំផែនការសកម្មភាពតាមករណីនីមួយៗផ្អែកលើតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ របស់អតិថិជន។

សូមផ្តល់ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញនេះ និងភស្តុតាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របន្ថែមប្រកបដោយសត្យានុម័តនៅត្រឹម _____ (កាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់)។ ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយទេ យើងអាចត្រូវការការចូលរួមពេញម៉ោងរហូតដល់ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ក្នុងការងារ ការស្វែងរកការងារ ឬការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីធ្វើការនូវបានពណ៌នាខាងលើ។ ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌតម្រូវមិន ត្រូវបានបំពេញទេ នោះអត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីធ្វើព័ត៌មានមកយើង សូមហៅទូរសព្ទមកខ្ញុំតាមលេខ _____ (លេខរបស់បុគ្គលិក)។ អ្នកអាចផ្ញើឯកសារដែលបានបំពេញនេះ និងភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយទៅកាន់លេខទូរសារទូទាំងរដ្ឋរបស់យើងតាម លេខ៖ 1-888-338-7410 ឬផ្ញើទៅ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699។

សូមអរគុណ

ឈ្មោះបុគ្គលិក



WORKFIRST

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (ការស្នើសុំសំណុំឯកសារសម្រាប់បញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសមត្ថភាពមុខងារដែលនៅសល់)

ឈ្មោះអតិថិជន	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខអត្តសញ្ញាណកម្មអតិថិជន												
ឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺដែលបានរាយការណ៍ ប្រសិនបើខុសពីអតិថិជនដែលមានឈ្មោះខាងលើ														
ឈ្មោះបុគ្គលិក WORKFIRST	លេខទូរសព្ទ													
អាសយដ្ឋាន COMMUNITY SERVICES OFFICE (ការិយាល័យសេវាសហគមន៍, CSO)														
<p>ដើម្បីជួយនាយកដ្ឋានកំណត់ដែនកំណត់នៃបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើ សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម៖</p> <p>1. តើបុគ្គលនេះមានបញ្ហាជាក់លាក់ (សូមគូសដឹកប្រអប់) <input type="checkbox"/> ផ្លូវកាយ <input type="checkbox"/> ផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> ផ្លូវអារម្មណ៍ ឬ <input type="checkbox"/> ការអភិវឌ្ឍដែលត្រូវការការសម្របសម្រួល ឬការពិចារណាពិសេសដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>2. ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស តើជំងឺប្រភេទណា និងរោគវិនិច្ឆ័យបែបណា?</p> <p>តើនេះត្រូវបានគាំទ្រដោយភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រប្រកបដោយសក្យានុម័ត (ការធ្វើតេស្ត របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍។ល។) ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស។ បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងគាំទ្រទៅនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។ <input type="checkbox"/> ទេ។ ប្រសិនបើឆ្លើយទេ សូមលើកឡើងនៅក្នុងសំណួរទី 8។</p> <p>3. តើបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានរាយខាងលើដាក់កំហិតលើសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើការងារ ស្វែងរកការងារ ឬរៀបចំត្រៀមសម្រាប់ការងាររបស់បុគ្គលនោះមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស។ ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមគូសដឹកឧទាហរណ៍ដែលត្រឹមត្រូវខាងក្រោម។ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ឧទាហរណ៍នៃដែនកំណត់រួមមានសមត្ថភាព៖</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> លើកវត្ថុធ្ងន់ៗ</td> <td><input type="checkbox"/> ប្រមូលអារម្មណ៍រយៈពេលយូរ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ឈរ ឬអង្គុយក្នុងរយៈពេលយូរ</td> <td><input type="checkbox"/> ធ្វើចលនាដដែលៗ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ធ្វើតាមការណែនាំ</td> <td><input type="checkbox"/> ធ្វើការប្រាស័យទៅមកជាមួយមនុស្ស</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ចំកោង</td> <td><input type="checkbox"/> ទ្រាំទ្រទៅនឹងការរងប៉ះពាល់ត្រូវនឹងសារធាតុគីមី សារធាតុសំយោគ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ឈោងឡើងលើ</td> <td><input type="checkbox"/> ជំនាញចលករធំ ឬជំនាញចលករតូច</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ការរក្សាការចងចាំ</td> <td></td> </tr> </table> <p>សូមពណ៌នាអំពីដែនកំណត់ជាក់លាក់ណាមួយផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយបញ្ជីខាងលើ៖</p> <p>ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស បុគ្គលនេះត្រូវតែត្រូវបានដាក់កម្រិតកំណត់ត្រឹមការចូលរួមខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះក្នុងមួយសប្តាហ៍៖ <input type="checkbox"/> 0 ម៉ោង (មិនអាចចូលរួមបាន) <input type="checkbox"/> 1 - 10 ម៉ោង <input type="checkbox"/> 11 - 20 ម៉ោង <input type="checkbox"/> 21 - 30 ម៉ោង <input type="checkbox"/> 31 - 40 ម៉ោង។</p>			<input type="checkbox"/> លើកវត្ថុធ្ងន់ៗ	<input type="checkbox"/> ប្រមូលអារម្មណ៍រយៈពេលយូរ	<input type="checkbox"/> ឈរ ឬអង្គុយក្នុងរយៈពេលយូរ	<input type="checkbox"/> ធ្វើចលនាដដែលៗ	<input type="checkbox"/> ធ្វើតាមការណែនាំ	<input type="checkbox"/> ធ្វើការប្រាស័យទៅមកជាមួយមនុស្ស	<input type="checkbox"/> ចំកោង	<input type="checkbox"/> ទ្រាំទ្រទៅនឹងការរងប៉ះពាល់ត្រូវនឹងសារធាតុគីមី សារធាតុសំយោគ	<input type="checkbox"/> ឈោងឡើងលើ	<input type="checkbox"/> ជំនាញចលករធំ ឬជំនាញចលករតូច	<input type="checkbox"/> ការរក្សាការចងចាំ	
<input type="checkbox"/> លើកវត្ថុធ្ងន់ៗ	<input type="checkbox"/> ប្រមូលអារម្មណ៍រយៈពេលយូរ													
<input type="checkbox"/> ឈរ ឬអង្គុយក្នុងរយៈពេលយូរ	<input type="checkbox"/> ធ្វើចលនាដដែលៗ													
<input type="checkbox"/> ធ្វើតាមការណែនាំ	<input type="checkbox"/> ធ្វើការប្រាស័យទៅមកជាមួយមនុស្ស													
<input type="checkbox"/> ចំកោង	<input type="checkbox"/> ទ្រាំទ្រទៅនឹងការរងប៉ះពាល់ត្រូវនឹងសារធាតុគីមី សារធាតុសំយោគ													
<input type="checkbox"/> ឈោងឡើងលើ	<input type="checkbox"/> ជំនាញចលករធំ ឬជំនាញចលករតូច													
<input type="checkbox"/> ការរក្សាការចងចាំ														

DOCUMENTATION REQUEST FOR MEDICAL CONDITION AND RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY
DSHS 10-353 CA (REV. 12/2024) Cambodian

Barcode label



10353

4. តើបុគ្គលនេះមានដែនកំណត់ណាមួយជាមួយនឹងការលើក និងការកាន់ដៃឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស បុគ្គលនេះមានដែនកំណត់ដូចខាងក្រោម៖

មានកំណត់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ៖ មិនអាចលើករបស់មានទម្ងន់យ៉ាងហោចណាស់ 2 ជោន ឬមិនអាចឈរ ឬដើរបាន។

ការងារដែលអង្គុយនៅមួយកន្លែង៖ អាចលើករបស់ទម្ងន់ 10 ជោនអតិបរមា និងជាញឹកញាប់* លើក ឬកាន់របស់ផ្សេងៗដូចជាឯកសារ និងឧបករណ៍តូចៗ។ ការងារដែលអង្គុយនៅមួយកន្លែងអាចតម្រូវឱ្យអង្គុយ ដើរ និងឈររយៈពេលខ្លី។

ការងារស្រាល៖ អាចលើករបស់ទម្ងន់ 20 ជោនអតិបរមា និងជាញឹកញាប់ * លើក ឬកាន់របស់មានទម្ងន់រហូតដល់ 10 ជោន។ ទោះបីជាទម្ងន់ ដែលត្រូវបានលើកអាចនឹងទាក់ចោលមិនគិតក៏ដោយ ការងារស្រាលអាចនឹងតម្រូវទាមទារឱ្យដើរ ឬឈររហូតដល់ 6 ក្នុងចំណោម 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការអង្គុយសឹងគ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់ដោយមាន ការរុញ និងទាញនៃដៃ ឬការគ្រប់គ្រងបញ្ហាជើងម្តងម្កាល*។

ការងារកម្រិតមធ្យម៖ អាចលើករបស់ទម្ងន់ 50 ជោនអតិបរមា និងជាញឹកញាប់ * លើក ឬកាន់របស់មានទម្ងន់រហូតដល់ 25 ជោន។

ការងារធ្ងន់៖ អាចលើករបស់ទម្ងន់ 100 ជោនអតិបរមា និងជាញឹកញាប់ * លើក ឬកាន់របស់មានទម្ងន់រហូតដល់ 50 ជោន។

* បុគ្គលនេះអាចអនុវត្តមុខងារបានរយៈពេលពី 2.5 ទៅ 6 ម៉ោងក្នុងថ្ងៃដែលមានរយៈពេល 8 ម៉ោង ហើយមិនចាំបាច់ថាការអនុវត្តធ្វើការនោះជាប់ជាបន្តនោះឡើយ។

5. តើបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់បុគ្គលនេះប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការចូលប្រើសេវាកម្ម (ដូចជាការប្រើទូរសព្ទ ទទួលការព្យាបាល ធ្វើការណាត់ជួប និងរក្សាការណាត់ជួប ការប្រើប្រាស់សេវាឌីជីថល ឬការស្វែងរកទីតាំងនៃសេវាកម្ម) ឬការតស៊ូមតិដើម្បីខ្លួនពួកគេដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ
 បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមពណ៌នា៖

6. តើបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់បុគ្គលនេះជាអចិន្ត្រៃយ៍ ហើយទំនងជាដាក់កំហិតលើសមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការធ្វើការ ស្វែងរកការងារ ឬហ្វឹកហាត់ដើម្បីធ្វើការដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រមិនអចិន្ត្រៃយ៍ទេ តើយូរប៉ុនណាដែលបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់បុគ្គលនេះនឹងទំនងជាដាក់កំហិតលើសមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការធ្វើការងារ ស្វែងរកការងារ ឬបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីធ្វើការងារ។ សូមប្រើចន្លោះខាងក្រោម ដើម្បីបញ្ជាក់ចំនួនសប្តាហ៍ ឬខែ៖

_____ ចំនួនសប្តាហ៍ ឬ
 _____ ចំនួនខែ។

7. a. តើមានផែនការព្យាបាលជាក់លាក់ដែលអ្នកបានធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់បុគ្គលនេះដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ
 ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមពណ៌នាអំពីផែនការព្យាបាល រួមទាំងប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ រយៈពេល និងភាពញឹកញាប់នៃការណាត់ជួបព្យាបាល។

b. តើនរណាម្នាក់ពុងផ្តល់ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានផែនការព្យាបាលបន្តរបស់បុគ្គលនោះ?

8. តើមានបញ្ហាជាក់លាក់ដែលត្រូវការការវាយតម្លៃ ឬការប៉ាន់ប្រមាណទៅទៀតដែរទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ប្រភេទអ្វីនៃការវាយតម្លៃ ឬការប៉ាន់ប្រមាណដែលអាចនឹងត្រូវការដើម្បីកំណត់បញ្ហាបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ និងផែនការដើម្បីដោះស្រាយ។ សូមបញ្ជាក់ថា តើការណែនាំបញ្ជូនទៅគ្រូពេទ្យឯកទេសត្រូវបានតម្រូវទាមទារដែរឬទេ។

9. ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដែលកំពុងត្រូវបានវាយតម្លៃខុសពីអតិថិជនដែលមានឈ្មោះ ព្រោះតែផលប៉ះពាល់ដែលបញ្ហារបស់អ្នកជំងឺមានលើលទ្ធភាពចូលរួមរបស់អតិថិជន ដោយសារតែការត្រូវការការថែទាំមនុស្សនៅក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ សូមបំពេញចំណុចដូចខាងក្រោមនេះ៖

ដោយគិតដល់បញ្ហារបស់អ្នកម្តាយ / របស់សាច់ញាតិមនុស្សពេញវ័យ សូមជ្រើសរើសប្រអប់ដែលសមស្រប៖

- ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែអាចចូលរួមនៅខាងក្រៅផ្ទះ: 0 – 10 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែអាចចូលរួមនៅខាងក្រៅផ្ទះ: 11 – 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែអាចចូលរួមនៅខាងក្រៅផ្ទះ: 21 – 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ឪពុកម្តាយ/អ្នកមើលថែអាចចូលរួមនៅខាងក្រៅផ្ទះលើសពី 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សូមទាក់ទងមកខ្ញុំសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើយូរប៉ុនណាដែលអ្នករំពឹងថា ឪពុកម្តាយនឹងត្រូវការដើម្បីផ្តល់ការថែទាំក្នុងកម្រិតនេះ: _____ ចំនួនសប្តាហ៍
 _____ ចំនួនខែ

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពផ្លូវចិត្ត / អ្នកវិជ្ជាជីវៈផ្សេងទៀត

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរសព្ទ
----------	-------------	------------

ឈ្មោះជាអក្សរពម្ពធំ និងមុខតំណែង

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប៊ូបកូដ
----------------------	---------	------	---------

WA

ការអនុញ្ញាតឱ្យបង្ហាញព័ត៌មាន

ខ្ញុំអនុញ្ញាតផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ _____ បង្ហាញព័ត៌មាននេះទៅ Department of Social and Health Services (ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច និងសុខាភិបាល) នូវព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះ និងព័ត៌មានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលបញ្ជាក់ភស្តុតាងពីស្ថានភាពជំងឺ/របួសដែលរារាំងខ្ញុំពីការធ្វើការងារដោយគ្រាន់តែវាយតម្លៃសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការចូលរួមក្នុងកម្មវិធី WorkFirst តែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំយល់ថា ការបង្ហាញព័ត៌មាននេះ រួមបញ្ចូលជាជាក់លាក់នូវព័ត៌មានពីការធ្វើតេស្តរករោគវិនិច្ឆ័យ ឬ ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការសេពគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន និងលទ្ធផលនៃ Sexually Transmitted Diseases (ជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវភេទ, STD) រួមមានមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍នៅ ពេលដែលព័ត៌មានទាំងនោះ ជាផ្នែកមួយនៃកំណត់ត្រា។ (Revised Code of Washington (ច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនដែលបានកែសម្រួល, RCW) 78.24.105)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទ
----------------------	-------------

ការណែនាំ

អ្នកគ្រប់គ្រងករណី DSHS WorkFirst/បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច៖ គោលបំណងនៃទម្រង់បែបបទនេះគឺដើម្បីជួយអ្នកបង្កើតផែនការការទទួលខុសត្រូវជាលក្ខណៈបុគ្គល នៅពេលដែលជាលទ្ធផលនៃបញ្ហាសុខភាព ឬអសមត្ថភាព មានផលប៉ះពាល់ទៅលើសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលនោះក្នុងការធ្វើការងារ ស្វែងរកការងារ ចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាល និង/ឬចូលប្រើសេវាកម្ម។ **ការប្រើប្រាស់ទម្រង់នេះមិនមែនចាំបាច់ខានមិនបានទេប្រសិនបើមានសំណុំឯកសារផ្សេងទៀត។** អ្នកអាចផ្តល់ទម្រង់បែបបទនេះទៅអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកទទួលដើម្បីយកទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាអាជីពដែលសមរម្យដើម្បីបំពេញ ឬអ្នកអាចផ្តល់ជូនទម្រង់បែបបទនេះដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាតាមទូរសារ ឬប្រៃសណីយ៍។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសធ្វើទម្រង់បែបបទនេះ ត្រូវតែទទួលបានហត្ថលេខារបស់អតិថិជននៅទំព័រចុងក្រោយ ហើយភ្ជាប់ស្រោមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍បង់ប្រាក់ជាមុន។

អតិថិជន DSHS៖ គោលបំណងនៃទម្រង់បែបបទនេះ គឺដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានពីអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលនឹងជួយអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកក្នុងការពិនិត្យមើលបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក និងបង្កើតផែនការទទួលខុសត្រូវជាលក្ខណៈបុគ្គលដែលស័ក្តិសមបំផុតនឹងតម្រូវការ និងដែនកំណត់ជាក់លាក់របស់អ្នក។

គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព៖ សម្រាប់អតិថិជនមនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីទទួលបានជំនួយសាធារណៈ (TANF) ពួកគេត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើការស្វែងរកការងារយ៉ាងសកម្ម ឬទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីធ្វើការរហូតដល់ 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អតិថិជនមួយចំនួនប្រហែលជាមិនអាចបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនេះបានទេដោយសារបញ្ហាទាក់ទងនឹងសុខភាព។ អតិថិជនទាំងនេះអាចត្រូវការពន្យារពេលជាបណ្តោះអាសន្នពីសកម្មភាពការងារ ប្រហែលជាអាចចូលរួមបាន ប៉ុន្តែសម្រាប់ចំនួនម៉ោងមានកំណត់ ឬប្រហែលជាត្រូវចៀសវាងប្រភេទសកម្មភាពការងារមួយចំនួន។ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ហើយឱ្យទៅអតិថិជន ផ្ញើទៅកាន់លេខទូរសារទូទាំងរដ្ឋរបស់យើងតាមលេខ៖ 1-888-338-7410 ឬផ្ញើទៅអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ WorkFirst នៅ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699។ សូមជ្រើសយើងនូវចំណារ សំបុត្រ ឬសំណុំឯកសារផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានរួចហើយនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់អ្នកដែលបញ្ជាក់លើកឡើងពីដែនកំណត់របស់បុគ្គលនោះ។