



ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາເອກສານຢັ້ງຢືນສຳລັບສະພາບການພະຍາບານ ຫລື ຄວາມເສຍອົງຄະ  
Documentation Request for Medical or Disability Condition

ມາຍັງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການປຶ້ມປົວສຸຂະພາບ:

\_\_\_\_\_ (ຊື່ຂອງລູກຄ້າ) ໄດ້ບອກພວກເຮົາວ່າເຂົາເຈົ້າຫລືສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເຂົາເຈົ້າເປັ້ງແບງດູແລມີສະພາບ  
ການພະຍາບານ, ມັນສະມອງ ຫລື ຄວາມຮູ້ສຶກຊຶ້ງກົດກັ້ນ ຫລື ຈຳກັດການເຂົ້າຮ່ວມຂອງລູກຄ້າໃນກິຈກັມຂອງໂຄງການ **WorkFirst** ຊຶ່ງສາມາດລວມເອົາການຊອກວຽກ  
ງານ, ການຕຽມພ້ອມສຳລັບວຽກງານ, ຫ້ອງຮຽນການສຶກສາ, ການຝຶກຝົນ, ຫລື ການເຮັດວຽກ.

ກະຮຸນາຂຽນປະກອບໃບຟອມທີ່ຖືກຄັດມາພ້ອມນີ້ເພື່ອຈະອະທິບາຍຂອບເຂດຈຳກັດເຫລົ່ານີ້. ອີກຢ່າງນຶ່ງ, ຖ້າຫາກວ່າສະພາບການໄດ້ຖືກຄາດຫມາຍວ່າຈະຍຶດຍາວນານດົນ  
ກວ່າສາມເດືອນ, ກະຮຸນາສົ່ງໃບໂກປີຂອງເຈົ້າຈິດບັນທຶກປັດຈຸບັນມານຳອີກ.

ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະພິຈາະນາເບິ່ງອະດັບຂອງການເຂົ້າຮ່ວມຮອດ **40** ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ, ໃນການຊອກວຽກງານ, ການຕຽມພ້ອມສຳລັບວຽກງານ, ຫ້ອງ  
ຮຽນການສຶກສາ, ການຝຶກຝົນ, ຫລື ການເຮັດວຽກ.ພວກເຮົາຈະເກັບເອົາເງິນນຳກິມ **DSHS**, ບໍ່ແມ່ນລູກຄ້າ, ສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວພັນນຳການເອົາຮາຍຮະອຽດ  
ອັນນີ້ໃຫ້.

ກະຮຸນາສົ່ງຮາຍຮະອຽດມາໃຫ້ກ່ອນວັນທີ \_\_\_\_\_ (ວັນທີສຸດຂາດ). ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບຮາຍຮະອຽດ  
ແນວໃດຈາກທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະຍິ່ງໃຫ້ມີການເຂົ້າຮ່ວມເຕັມເວລາ, ຮອດ **40** ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ, ໃນເຂດນິດຂອງກິຈກັມທີ່ຖືກອະທິບາຍຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.

ຖ້າວ່າທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດ ຫລື ຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອຈະສົ່ງຮາຍຮະອຽດມາໃຫ້ພວກເຮົາ, ກະຮຸນາໂທມາຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທີ່ \_\_\_\_\_  
(ເລກຂອງພະນັກງານ). ທ່ານຈະສົ່ງເອກສານທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວອັນນີ້ ແລະ ເຈົ້າຈິດບັນທຶກຕ່າງໆມາຫາເລກແຟກຊ໌ທີ່ວຽກຂອງພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເລກ  
**1-888-338-7410** ຫລື ສົ່ງມາທາງໄປສະນີໄປທີ່ **DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.**

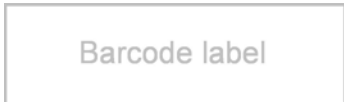
ຂອບໃຈ,

\_\_\_\_\_

ຊື່ຂອງພະນັກງານ

ສຳລັບສະພາບການພະຍາບານ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະ  
Documentation Request for Medical or Disability Condition

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ	ວັນເກີດ	ເລກປະຈຳຕົວຂອງລູກຄ້າ
ຊື່ຂອງຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ຖືກປະເມີນຜົນເບິ່ງຖ້າຫາກວ່າແຕກຕ່າງຈາກລູກຄ້າຜູ້ທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້		
ຊື່ຂອງພະນັກງານ WORKFIRST	ເລກໂທຣະສັບ	
ທີ່ຢູ່ຂອງຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນ (CSO)		
<p>ເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອກົມພິຈາຣະນາເບິ່ງຂອບເຂດຈຳກັດຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້, ກະຊວງເອົາຮາຍຣະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ໃຫ້:</p> <p>1. ບຸກຄົນນີ້ມີບັນຫາອັນເຈາະຈົງ (ກະຊວງຫມາຍໃສ່ບອກ) <input type="checkbox"/> ຮ່າງກາຍ, <input type="checkbox"/> ມັນສະມອງ, <input type="checkbox"/> ຄວາມຮູ້ສຶກ, ຫລື <input type="checkbox"/> ການຈະເຣີນເຕີບໂຕ ຊຶ່ງຕ້ອງການການອຳນວຍຄວາມສະດວກ ຫລື ການພິຈາຣະນາພິເສດບໍ່?</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>2. ຖ້າແມ່ນ, ຊະນິດຂອງສະພາບການ ຫລື ການກວດພົບພະຍາດແນວໃດ?</p> <p>ອັນນີ້ໄດ້ຖືກຊຸມຊື່ໂດຍການກວດເບິ່ງ, ລາຍງານຈາກຫ້ອງວິຈິຍ, ອື່ນໆບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>3. ສະພາບການດ້ານຮ່າງກາຍ, ມັນສະມອງ, ຄວາມຮູ້ສຶກ, ຫລື ການຈະເຣີນເຕີບໂຕທີ່ຖືກກ່າວຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກວຽກ, ຫລື ຕຽມຕົວໃຫ້ພ້ອມທີ່ຈະເຮັດວຽກບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຕົວຢ່າງຂອງຂອບເຂດຈຳກັດລວມເອົາຄວາມສາມາດທີ່ຈະຍົກສິ່ງຂອງຫນັກ, ຢືນ ຫລື ນັ່ງເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ, ປະຕິບັດຕາມຄຳຊີ້ນຳ, ກັ່ມລົງ, ຍີ່ເອົາ, ຕັ້ງໃຈໃສ່ເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ, ເຮັດການເຫນັງຕຶງຊ້ຳກັນ, ເຮັດຕອບນຳຄົນ, ຫລື ອິດທິນຕໍ່ການສຳຜັດນຳທາດເຄມີ, ທາດຫລໍ່ລ້ຽມ)? ຕົວຢ່າງອື່ນໆລວມເອົາຄວາມສາມາດຈຳກັດທີ່ຈະເອົາຫ້ອງຮຽນການສຶກສາ ຫລື ວິຊາຊີບຊຶ່ງອາດຈະກ່ຽວພັນນຳການນັ່ງຢູ່ເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ, ການຂຽນປະກອບໃບຄຳຮ້ອງສະໝັກວຽກ (ຊຶ່ງອາດຈະກ່ຽວພັນນຳການຮັກສາຄວາມຊຶງຈຳ, ການອ່ານ ຫລື ການຂຽນ, ແລະ ການເກັບກຳເອົາຮາຍຣະອຽດ), ການເຮັດ ແລະ ການຮັກສາຫມາຍນັດພົບ, ການໃຊ້ການຂົນສົ່ງໄປມາ, ການຢືນລຽນແຖວ, ການເອົາຮ່ວມໃນການສຳພາດ, ການປະຕິບັດຕາມແຜນການເຮັດວຽກງານໄດ້ທີ່ຖືກຂຽນໄວ້, ຫລື ການຊ່ວຍເປັນໂຕຂອງຕົນເອງ.</p> <p>ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງອະທິບາຍຂອບເຂດຈຳກັດອັນເຈາະຈົງຕ່າງໆ:</p> <p>ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ຄວນຈະຖືກຈຳກັດຕໍ່ຂອບເຂດຂອງການເອົາຮ່ວມຕໍ່ລົງໄປນີ້ຕໍ່ອາທິດ:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ຊົ່ວໂມງ (ບໍ່ສາມາດເອົາຮ່ວມ) <input type="checkbox"/> 1 – 10 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 11 – 20 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 21 – 30 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 31 – 40 ຊົ່ວໂມງ.</p>		



4. ບຸກຄົນນີ້ມີຂອບເຂດຈຳກັດແນວໃດບໍ່ ນຳການຍົກ ແລະ ການຖີ່ໄປ?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ  
 ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ມີຂອບເຂດຈຳກັດຕໍ່ລົງໄປນີ້:
- ຈຳກັດຮ້າຍແຮງຫລາຍ: ບໍ່ສາມາດທີ່ຈະຍົກໄດ້ຢ່າງຫນ້ອຍ 2 ພາວດ ຫລື ບໍ່ສາມາດທີ່ຈະຢືນ ຫລື ຢ່າງໄດ້.
  - ວຽກເຮັດນັ່ງຢູ່ບ່ອນດຽວ: ສາມາດທີ່ຈະຍົກ 10 ພາວດສູງສຸດ ແລະ ຍົກເລື້ອຍໆ\* ຫລື ຫ້ວເອົາສິ່ງຂອງເຊັ່ນວ່າບັນທຶກເອກສານ ແລະ ເຄື່ອງມືນ້ອຍໆ. ວຽກເຮັດນັ່ງຢູ່ບ່ອນດຽວອາດຈະຕ້ອງມີການນັ່ງ, ການຍ່າງ ແລະ ການຢືນເປັນຮະຍະເວລາສັ້ນໆ.
  - ວຽກເບົາ: ສາມາດທີ່ຈະຍົກ 20 ພາວດສູງສຸດ ແລະ ຍົກເລື້ອຍໆ\* ຫລື ຫ້ວເອົາສິ່ງຂອງຮອດ 10 ພາວດ. ເຖິງແມ່ນວ່ານີ້ຫນັກທີ່ຖືກຍົກອາດຈະນ້ອຍເກີນໄປ ຫລື ບໍ່ສຳຄັນ, ວຽກເບົາອາດຈະຕ້ອງມີການຍ່າງ ຫລື ການຢືນຮອດ 6 ຊົ່ວໂມງຈາກ 8 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, ຫລື ກ່ຽວພັນນຳການນັ່ງຕະລອດເວລາສ່ວນຫລາຍດ້ວຍການຊຸກ ແລະ ການດຶງການຄວບຄຸມແຂນ ຫລື ຂາໃນບາງຄັ້ງບາງຄາວ. ບາງຄັ້ງບາງຄາວຫມາຍເຖິງບຸກຄົນສາມາດທີ່ຈະປະຕິບັດຫນ້າທີ່ຈາກຫນ້ອຍນຶ່ງໄປຮອດ 2.5 ຊົ່ວໂມງໃນມື້ນຶ່ງ 8 ຊົ່ວໂມງ. ມັນບໍ່ຈຳເປັນທີ່ການປະຕິບັດງານຈະຕ້ອງໄດ້ດຳເນີນຕິດຕໍ່ກັນໄປ.
  - ວຽກປານກາງ: ສາມາດທີ່ຈະຍົກ 50 ພາວດສູງສຸດ ແລະ ຍົກເລື້ອຍໆ\* ຫລື ຫ້ວເອົາສິ່ງຂອງຮອດ 25 ພາວດ.
  - ວຽກຫນັກ: ສາມາດທີ່ຈະຍົກ 100 ພາວດສູງສຸດ ແລະ ຍົກເລື້ອຍໆ\* ຫລື ຫ້ວເອົາສິ່ງຂອງຮອດ 50 ພາວດ.
- \* ເລື້ອຍໆຫມາຍຄວາມວ່າບຸກຄົນສາມາດທີ່ຈະປະຕິບັດພາລະຫນ້າທີ່ເປັນເວລາ 2.5 ຫາ 6 ຊົ່ວໂມງໃນມື້ນຶ່ງ 8 ຊົ່ວໂມງ. ມັນບໍ່ຈຳເປັນທີ່ການປະຕິບັດງານຈະຕ້ອງໄດ້ດຳເນີນຕິດຕໍ່ກັນໄປ.

5. ສະພາບຂອງບຸກຄົນນີ້ສະທ້ອນເຖິງຄວາມສາມາດຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເຂົ້າເຖິງການບໍລິການບໍ່ (ເຊັ່ນວ່າການໃຊ້ໂທຣະສັບ, ການຮັບເອົາການປິ່ນປົວ, ການເຮັດ ແລະ ການຮັກສາຫມາຍນັດພົບ, ການໃຊ້ການບໍລິການອື່ນສິ່ງ, ຫລື ການຊອກຫາການບໍລິການ) ບໍ່?
- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ
- ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງອະທິບາຍ:

6. ສະພາບຂອງບຸກຄົນນີ້ຖາວອນ ແລະ ຄ້າຍຄືວ່າຈະຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກ, ຫລື ຝຶກຝົນສຳລັບວຽກງານບໍ່?
- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ; ຖ້າຫາກວ່າສະພາບບໍ່ແມ່ນຖາວອນ, ສະພາບຂອງບຸກຄົນນີ້ຄ້າຍຄືວ່າຈະຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກ, ຫລື ຝຶກຝົນສຳລັບວຽກງານດົນປານໃດ. ກະຊວງໃຊ້ບ່ອນວ່າງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອຈະຊີ້ບອກຈຳນວນອາທິດ ຫລື ເດືອນ:
- \_\_\_\_\_ ຈຳນວນອາທິດ, ຫລື
- \_\_\_\_\_ ຈຳນວນເດືອນ.

7. a. ມີແຜນການປິ່ນປົວອັນເຈາະຈົງແນວໃດບໍ່ ທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດເພື່ອຈະແກ້ໄຂສະພາບ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນນີ້?
- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ
- ຖ້າມີ, ຈົ່ງອະທິບາຍແຜນການປິ່ນປົວ.
- b. ແມ່ນໃຜຈະເອົາໃຫ້ ຫລື ຄວບຄຸມກຳກັບນຳແຜນການປິ່ນປົວທີ່ດຳເນີນຕໍ່ໄປຂອງບຸກຄົນນີ້?

8. ມີບັນຫາອັນເຈາະຈົງແນວໃດທີ່ຕ້ອງການການຕີຮາຄາ ຫລື ການປະເມີນຜົນເພີ່ມເຕີມອີກ?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາອະທິບາຍຊະນິດຂອງການຕີຮາຄາ ຫລື ການປະເມີນຜົນແນວໃດ ແລະ ໄປຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານຊະນິດໃດທີ່ບຸກຄົນນີ້ຄວນຈະຖືກສົ່ງໄປຫາ.

9. ຖ້າຫາກວ່າຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ຖືກປະເມີນຜົນເບິ່ງແມ່ນແຕກຕ່າງຈາກລູກຄ້າຜູ້ທີ່ຖືກບັງຊີ້ຍ້ອນຜົນສະທ້ອນທີ່ສະພາບຂອງຄົນເຈັບມີຕໍ່ຄວາມສາມາດຂອງລູກຄ້າທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມ, ກະຮຸນາຂຽນປະກອບຕໍ່ລຶງໄປນີ້.

ໂດຍອີງຕາມສະພາບຂອງເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ຜູ້ໃຫຍ່, ຫມາຍໃສ່ບ່ອນທີ່ເໝາະສົມ:

- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າຮ່ວມນໍາ 0 – 10 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າຮ່ວມນໍາ 11 - 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າຮ່ວມນໍາ 21 - 30 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າຮ່ວມນໍາຫລາຍເກີນກວ່າ 30 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.
- ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ມາຫາຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

ດິນນານປານໃດທີ່ທ່ານຄາດວ່າພໍ່ແມ່ຈະຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລໃນລະດັບນີ້:

**ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບພະຍາບານໂຮກຈິດ/ຜູ້ຊ່ຽວຊານອື່ນໆ**

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	ເລກໂທຣະສັບ
---------	-------	------------

ຊື່ ແລະ ຫນ້າທີ່ການຂຽນເປັນຕົວພິມ

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິເວນ
<b>WA</b>			

**ການອະນຸຍາດທີ່ຈະເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດ**

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ \_\_\_\_\_ ທີ່ຈະເປີດເຜີຍໃຫ້ແກ່ກົມສັງຄົມ ແລະ ສົງຄາອະ ຮາຍຮະອຽດຢູ່ໃນຟອມ ໃບນີ້ແລະ ຮາຍຮະອຽດຂອງບັນທຶກພະຍາບານຕ່າງໆ ຊຶ່ງຍືນຍັນສະພາບການເຈັບປ່ວຍການບາດເຈັບ ຊຶ່ງກົດກັ້ນຂ້າພະເຈົ້າຈາກການເຮັດວຽກ, ຢ່າງດຽວເທົ່ານັ້ນ ເພື່ອຈະຕີຮາຄາຄວາມສາມາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມຢູ່ໃນໂຄງການ **WorkFirst**. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການເປີດເຜີຍອັນນີ້ລວມເອົາຢ່າງເຈາະຈົງ ຮາຍຮະອຽດຂອງການກວດເບິ່ງ ຫລື ການປິ່ນປົວພະຍາດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບໂຮກຈິດ, ການຕິດເຫລົ້າ ຫລື ຢາເສພຕິດ ແລະ ຜົນອອກມາຂອງພະຍາດຖ່າຍທອດທາງເພດ (STD), ລວມທັງພະຍາດ HIV/AIDS, ເມື່ອຮາຍຮະອຽດເຫລົ່ານີ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງບັນທຶກ. (ກົດຫມາຍປົກຄອງຮັດວໍຊິງຕັນ (RCW) 78.24.105)

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ	ວັນທີ
-------------------	-------

## ຄຳຊີ້ນຳ

**ຜູ້ຈັດການເອກສານ WorkFirst ຂອງກົມ DSHS /ພະນັກງານສັງຄົມ:** ຈຸດປະສົງຂອງຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃນການອອກແບບແຜນການຮັບພຶດຊອບສ່ວນບຸກຄົນ, ຊຶ່ງເປັນຜົນອອກມາຈາກສະພາບການ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະ, ມັນມີຜົນສະທ້ອນເຖິງຄວາມສາມາດຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກເຮັດ, ເຂົ້າຮ່ວມໃນການຝຶກຝົນ ແລະ/ຫລື ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການ. **ການໃຊ້ຟອມໃບນີ້ບໍ່ແມ່ນ ຕ້ອງໄດ້ເຮັດຖ້າຫາກວ່າເອກສານແນວອື່ນຫາກມີຢູ່.** ທ່ານຈະເອົາຟອມໃບນີ້ໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍ/ຜູ້ຮັບເອົາເພື່ອຈະເອົາໄປຫາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຄູ່ວຽກທີ່ເໝາະສົມເພື່ອການຂຽນປະກອບ ຫລື ທ່ານຈະສົ່ງໂດຍກົງໂລດໄປຫາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກເອົາທີ່ຈະສົ່ງຟອມໃບນີ້ໃຫ້ເອົາລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າໃສ່ຫນ້າສຸດທ້າຍ, ແລະ ຄັດຊອງເປົ້າຈ່າຍຫນ້າຂອງທີ່ຕິດສະແຕມແລ້ວໃສ່ໄປນຳລວມທັງຊື່ຂອງທ່ານ ເພື່ອຈະຮັບປະກັນວ່າໃບຟອມຈະຖືກສົ່ງກັບຄືນມາຫາບຸກຄົນທີ່ຖືກຕ້ອງ.

**ລູກຄ້າຂອງກົມ DSHS:** ຈຸດປະສົງຂອງຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະເກັບກຳເອົາລາຍຮະອຽດຈາກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການພະຍາບານຊຶ່ງຈະຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ຈັດການເອກສານ ຫລື ພະນັກງານສັງຄົມຂອງທ່ານໃນການກວດທວນຄືນເບິ່ງບັນຫາສະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ການກໍ່ຕັ້ງແຜນການຮັບພຶດຊອບສ່ວນບຸກຄົນຊຶ່ງຈະສອດຄ່ອງນຳຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ຂອບເຂດອັນເຈາະຈົງຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ.

**ທ່ານຫມໍ່/ຜູ້ໃຫ້ການປົນປົວສຸຂະພາບ:** ສຳລັບລູກຄ້າຜູ້ໃຫຍ່ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນແວວແຟຣ໌ (TANF), ເອົາເຈົ້າຕອງໄດ້ເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກເຮັດຢ່າງຈິງຈັງ, ຫລື ໄດ້ຮັບການຝຶກຝົນເພື່ອຈະເຮັດວຽກເປັນເວລາ 32 ຫາ 40 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ. ລູກຄ້າບາງຄົນອາດຈະບໍ່ສາມາດທີ່ຈະສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດອັນນີ້ຍ້ອນບັນຫາກ່ຽວຂ້ອງນຳສຸຂະພາບ. ລູກຄ້າເຫລົ່ານີ້ອາດຈະຕ້ອງຖືກໂຈະໄວ້ຊົ່ວຄາວຈາກກົມວຽກງານ, ອາດຈະສາມາດທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມແຕ່ວ່າສຳລັບຈຳນວນຊົ່ວໂມງຈຳກັດ, ຫລື ອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຫລີກເວັ້ນກົມວຽກງານບາງຄະນິດ. ກະຮຸນາຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້ແລະ ເອົາໃຫ້ລູກຄ້າ ຫລື ສົ່ງໄປຫາເລກແຟກຊ໌ທົ່ວຣັດຂອງພວກເຮົາທີ່ເລກ 1-888-338-7410, ຫລື ສົ່ງໄປຫາຜູ້ຈັດການເອກສານ WorkFirst ຫລື ພະນັກງານສັງຄົມທີ່ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. ສົ່ງມາໃຫ້ພວກເຮົາບັນທຶກຕ່າງໆ, ຫນັງສື ຫລື ເອກສານແນວອື່ນທີ່ທ່ານມີຢູ່ແລ້ວໃນບັນທຶກຂອງທ່ານຊຶ່ງເວົ້າເຖິງຂອບເຂດຈຳກັດຂອງບຸກຄົນ.