

ចូលចិត្ត ៖

រួមបញ្ចូលអ្វីដែលសំខាន់ដល់បុគ្គលនោះ អ្វី
ដំណើរការ អ្វីដែលនាំឱ្យពួកគេរីករាយ
តំបន់ដែលពួកគេពូកែ អ្វីពិតជាធ្វើឱ្យ
ពួកគេរីករាយ។

ឈ្មោះបុគ្គល

ប្រធានដែលបានតម្រូវ ៖

រួមបញ្ចូលទាំងបុគ្គលិកជិតស្និទ្ធក្នុងគ្រប់គ្រង
បុគ្គលនោះ។ កន្លែងដែលបុគ្គលនោះក្លរ
ទាក់ទងជាមួយបុគ្គលនោះ?
តើអាចទុកបុគ្គលនោះកន្លែងសុវត្ថិភាព
សម្រាប់សកម្មភាពបានយូរឬណា?
គ្រប់គ្រងនៅពេលយប់? គ្រប់គ្រងសហគមន៍?

មិនចូលចិត្ត ៖

រួមបញ្ចូលរឿងដែលធ្វើឱ្យបុគ្គលនោះ
មិនស្រណុក ដែលពួកគេឆ្លើយតបមិនបានល្អ
ដែលអាចចម្រាញ់ចេញមើលអវិជ្ជមាន
វិធីអន្តរកម្ម ឬរឿងផ្សេងទៀតដែល
មិនដំណើរការ។

ហានិភ័យ!

រួមបញ្ចូលទាំងហានិភ័យទាំងអស់ដែលមានវត្តមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិតភ្នាក់ងារដល់អតិថិជន ឬអ្នកផ្សេងទៀត។ រួមទាំងរឿងដែលគួរតែដាក់កំហិត
ពិធីការគ្រប់គ្រង តម្រូវការរបបអាហារជាពិសេស ឬគន្លឹះ និងតិចនិចសិរយាមថ។

ជំនាញ និងសមត្ថភាព ៖

រួមបញ្ចូលទាំងរឿងដែលបុគ្គលនោះពូកែ ប្រភេទនៃរឿងដែលពួកគេ
ធ្វើបានល្អ ទេពកោសល្យពិសេស – ជាពិសេសរឿងដែលមិនដាក់ស្តង់ដារ
ភ្នាក់ងារ។

រចនាបថសហគមន៍ ៖

រួមបញ្ចូលទាំងរបៀបដែលបុគ្គលនោះទំនាក់ទំនងល្អបំផុត
និងបែបបទពួកគេចង់ឱ្យអ្នកផ្សេងទំនាក់ទំនងជាមួយពួកគេ។
ប្រសិនបើអ្នកប្រើបច្ចេកវិទ្យា រួមបញ្ចូលរបៀបប្រើវាផង។

កិច្ចព្រមព្រៀងជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់សេវាកម្មសម្រាកពេញមួយយប់ដែលបានគ្រោងទុក

Overnight Planned Respite Services Individualized Agreement

ឈ្មោះបុគ្គល			
អាសយដ្ឋាន		ទីក្រុង	រដ្ឋ កូដេប៊ិច
ឈ្មោះឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល		លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដេប៊ិច) ()	
លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ (ជាមួយកូដេប៊ិច) ()	លេខទូរស័ព្ទអាសន្ន/ចល័ត (ជាមួយកូដេប៊ិច) ()	លេខទូរស័ព្ទ/ចល័តអ្នកថែទាំបម្រុងទុក (ប្រសិនបើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលមិនអាចរកបាន) ()	
អាសយដ្ឋាន		ទីក្រុង	រដ្ឋ កូដេប៊ិច
ឈ្មោះអ្នកគ្រប់គ្រងធនធានសំណើរៀង		លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដេប៊ិច) ()	
កាលបរិច្ឆេទដែលបានកំណត់ / ពេលវេលាស្នាក់នៅ			
ពី	ពេលវេលា	ដល់	ពេលវេលា
ផ្នែកទី 1. ត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់ការស្នាក់នៅបន្ទាប់ពីត្រួតពិនិត្យពាក្យសុំ និងនិយាយជាមួយបុគ្គល / គ្រួសារ។			
ប្រភេទជំនួយដែលនឹងត្រូវផ្តល់ជាថ្នាំលេប (ជ្រើសរើស)	<input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងធានាសុវត្ថិភាពថ្នាំទាំងអស់ និងគ្រប់គ្រងថ្នាំក្រោមប្រតិភូតិលានុបដ្ឋាយិកា។ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងធានាសុវត្ថិភាពថ្នាំទាំងអស់ និងផ្តល់ការគ្រប់គ្រងសម្រាប់ថ្នាំលេប។ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការរំលឹកថែទាំថ្នាំលេបដែលនឹងមិនធានាសុវត្ថិភាពដោយបុគ្គលិក។ <input type="checkbox"/> បុគ្គលមិនមានថ្នាំលេបណាមួយឡើយ។ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (រៀបរាប់) ៖		
ប្រភេទជំនួយដែលនឹងត្រូវផ្តល់ជាប្រើថ្នាំលាបព្យាបាល និង/ឬតាមបំពង់ (ជ្រើសរើស)	<input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងធានាសុវត្ថិភាពថ្នាំទាំងអស់ និងគ្រប់គ្រងថ្នាំលាប/ ព្យាបាល/ តាមបំពង់ក្រោមប្រតិភូតិលានុបដ្ឋាយិកា។ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងធានាសុវត្ថិភាពថ្នាំទាំងអស់ និងផ្តល់ការគ្រប់គ្រងសម្រាប់ថ្នាំលាប។ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការរំលឹកថែទាំថ្នាំលាបដែលនឹងមិនធានាសុវត្ថិភាពដោយបុគ្គលិក។ <input type="checkbox"/> បុគ្គលមិនមានតម្រូវការថ្នាំលាប តាមបំពង់ណាមួយឡើយ។ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (រៀបរាប់) ៖		
ប្រភេទជំនួយដែលនឹងត្រូវផ្តល់ក្នុងការអនុវត្តន៍អនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន និងសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ជ្រើសរើស)	<input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការគាំទ្ររាងកាយពេញលេញសម្រាប់អនាម័យ និងសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការគាំទ្ររាងកាយមួយចំនួនសម្រាប់អនាម័យ និងសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការបំប៉នសម្រាប់អនាម័យ និងសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការគាំទ្រសម្រាប់អនាម័យ និងសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃទេ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (រៀបរាប់) ៖		
ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកដែលបានតម្រូវអំឡុងពេលថ្ងៃ និងល្ងាចនៅផ្ទះ (ជ្រើសរើស)	<input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការគ្រប់គ្រង 1:1 <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងនៅជិតស្នាក់បុគ្គលគ្រប់ពេលទាំងអស់ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងនឹងតែនៅតែនៅក្បែរ និងអាចរកបាន ប៉ុន្តែមិនត្រូវការនៅជាមួយបុគ្គលដោយផ្ទាល់គ្រប់ពេលទាំងអស់ <input type="checkbox"/> បុគ្គលអាចត្រូវបានទុកចោលដោយមិនយកចិត្តទុកដាក់ដល់ទេ Number of hours (ត្រូវតែរួមបញ្ចូលពេលវេលា)		
ការគ្រប់គ្រងដែលបានតម្រូវអំឡុងពេលយប់ (ជ្រើសរើស)	<input type="checkbox"/> ពេលយប់បុគ្គលិកនឹងនៅផ្ទះស្នាក់នៅ ហើយផ្តល់ការគ្រប់គ្រង 1:1 <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងនៅជិតស្នាក់បុគ្គលគ្រប់ពេលទាំងអស់ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកពេលយប់ផ្នែកលើផ្ទះស្នាក់នៅ បុគ្គលិកអាចចេញពីផ្ទះដល់ទេ Time (ត្រូវតែរួមបញ្ចូលពេលវេលា) <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកពេលយប់ផ្នែកលើផ្ទះស្នាក់នៅទេ ប៉ុន្តែនឹងពិនិត្យយ៉ាងហោចណាស់ម្តងរាល់ Time (ត្រូវតែរួមបញ្ចូលពេលវេលា)		
ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកដែលបានតម្រូវខណៈពេលនៅក្នុងសហគមន៍ (ជ្រើសរើស)	<input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងអមដំណើរបុគ្គលក្នុងសហគមន៍ ហើយផ្តល់ការគ្រប់គ្រង 1:1 <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងអមដំណើរបុគ្គលក្នុងសហគមន៍ ហើយអាចចែករំលែកការគ្រប់គ្រងជាមួយបុគ្គលផ្សេង <input type="checkbox"/> បុគ្គលចូលសហគមន៍ដោយសុវត្ថិភាពដោយគ្មានបុគ្គលិកគ្រប់គ្រង		

សកម្មភាពដែលត្រូវផ្តល់/អាចរកបាននៅ ក្នុងផ្ទះ (ជ្រើសមួយ)	<input type="checkbox"/> ហ្គេម <input type="checkbox"/> ផ្លូវប <input type="checkbox"/> ចម្អិនអាហារ <input type="checkbox"/> រីដេអូហ្គេម <input type="checkbox"/> តន្ត្រី <input type="checkbox"/> ទូរទស្សន៍ / ភាពយន្ត <input type="checkbox"/> សំបុកម្ហូប <input type="checkbox"/> ប្រើអ៊ីនធឺណិត <input type="checkbox"/> កុំព្យូទ័រ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) ៖
របស់ដែលបុគ្គលយកមកកម្សាន្តក្នុងផ្ទះ	
សកម្មភាពដែលត្រូវផ្តល់ / អាចរកបានក្នុងសហគមន៍ (ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រូវ)	<input type="checkbox"/> បណ្តាលយ <input type="checkbox"/> ប៊ូលីង <input type="checkbox"/> ដើរក្នុងសួន / តំបន់ជិតខាង <input type="checkbox"/> ចេញក្រៅញ៉ាំអី <input type="checkbox"/> ដើរទិញទំនិញ <input type="checkbox"/> ទៅមើលកុន <input type="checkbox"/> ថ្វាយបង្គំសាសនា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) ៖
ការចំណាយប្រាក់ / ប័ណ្ណដំណាយដែលបុគ្គលយកមកសម្រាប់ តម្លៃព្រឹត្តិការណ៍សហគមន៍របស់ពួកគេ	<input type="checkbox"/> បញ្ជីចំណាយដែលត្រូវរក្សាទុក <input type="checkbox"/> បង្កាន់ដៃដែលត្រូវរក្សាទុក <input type="checkbox"/> បុគ្គលអាចគ្រប់គ្រងប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ មិនត្រូវការបញ្ជីចំណាយ ឬបង្កាន់ដៃទេ <input type="checkbox"/> បង្កាន់ដៃ
ការដឹកជញ្ជូនដែលត្រូវផ្តល់អំឡុងពេល ស្នាក់នៅ (ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រូវ)	<input type="checkbox"/> រថយន្តរបស់ភ្នាក់ងារ <input type="checkbox"/> រថយន្តរបស់បុគ្គលិក <input type="checkbox"/> ការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈទូទៅ <input type="checkbox"/> ការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈឯកទេស <input type="checkbox"/> ដើរទៅតំបន់ជិតខាង <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) ៖
ការគាំទ្រពេលអាហារ ប្រតិកម្មប្រឆាំង និង/ឬការស្នាក់នៅ	<input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> តាមបំពង់តែប៉ុណ្ណោះ <input type="checkbox"/> របបអាហាររាវ/ទន់/ស្តួន <input type="checkbox"/> អាហារកាត់ជាចំណិត <input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម <input type="checkbox"/> ត្រូវការបុគ្គលិកគ្រប់គ្រង និងជួយពេលញ៉ាំ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) ៖
ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវប្រើពេលជួប ដោយផ្អែកលើតម្រូវការដែលបានមានតម្លៃ (ការណែនាំសម្រាប់ការប្រើដែលត្រូវផ្តល់ ទៅបុគ្គលិក)	<input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> ឧបករណ៍លើក <input type="checkbox"/> រនាំងគ្រែ <input type="checkbox"/> ម្នកសុវត្ថិភាព <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) ៖
ការស្នាក់នៅសុវត្ថិភាពបរិស្ថានចាំបាច់	<input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> ការផ្គត់ផ្គង់ការសម្អាតបានចាក់សោ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) ៖
របស់ផ្សេងទៀតដែលបុគ្គលនឹងនាំមក ជាមួយពួកគេ (ជ្រើសទាំងអស់ដែលត្រូវ)	<input type="checkbox"/> ថ្នាំ <input type="checkbox"/> រទេះរុញ <input type="checkbox"/> ឧបករណ៍ជំនួយការដើរ <input type="checkbox"/> ខោរខ្លី <input type="checkbox"/> គ្រឿងសម្លាង <input type="checkbox"/> សហគមន៍ <input type="checkbox"/> ឧបករណ៍/បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត៖
សម្រាប់ឧបករណ៍សហគមន៍ ប្រសិនបើអាច បង្ហាញបុគ្គលិកគាំទ្រ និងការណែនាំ សម្រាប់ការប្រើឧបករណ៍	<input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងមិនផ្តល់ការគាំទ្រសម្រាប់ការប្រើឧបករណ៍សហគមន៍ទេ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការគាំទ្រសម្រាប់ការប្រើឧបករណ៍សហគមន៍ ប្រសិនបើការគាំទ្រត្រូវបានផ្តល់ ការណែនាំបុគ្គលិករួមមាន៖
អ្នកផ្តល់សេវាកម្មសម្រាកពេញមួយយប់ដែលបានគ្រោងទុក ត្រួតពិនិត្យ និងចុះហត្ថលេខា	
ហត្ថលេខារបស់អ្នកបំពេញពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទ ឈ្មោះជាអក្សរព្រុះ
ផ្នែក 2. ត្រូវបំពេញដោយឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល / អ្នកថែទាំបន្ទាប់ពីត្រួតពិនិត្យកិច្ចព្រមព្រៀងស្នាក់នៅ	
ថ្នាំផ្លាស់ប្តូរតាំងពីចាប់ផ្តើមបញ្ចប់ពាក្យសុំ ស្នាក់នៅ	<input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> បញ្ជាក់ ៖
សុខភាព ភរិយាបឺ ឬផ្សេងទៀតផ្លាស់ប្តូរ តាំងពីចាប់ផ្តើមបញ្ចប់ពាក្យសុំស្នាក់នៅ	<input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> បញ្ជាក់ ៖
តម្រូវការដែលបានបញ្ជាក់ផ្សេងទៀតណាមួយ និង/ឬការផ្លាស់ប្តូរដែលបានតម្រូវនិងកិច្ចព្រមព្រៀងស្នាក់នៅ ៖ <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> បាទចាស (សូមរៀបរាប់) ៖	
ខ្ញុំយល់ដឹងថាមានហានិភ័យដែលបានដឹងមួយចំនួនជាមួយនឹងការប្រើឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ។ បន្ទាប់ពីពិចារណាអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានរំពឹងទុក និងហានិភ័យសុវត្ថិភាព ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យបុគ្គលិកប្រើឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រខាងក្រោម ៖ <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> ឧបករណ៍លើក <input type="checkbox"/> រនាំងគ្រែ <input type="checkbox"/> ម្នកសុវត្ថិភាព <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមរៀបរាប់) ៖	

ហត្ថលេខា			
ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល / អ្នកថែទាំ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព	កាលបរិច្ឆេទបានប្រគល់ទៅអ្នកគ្រប់គ្រងធនធានសំណុំរៀង DDA
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព	

ផ្នែក 3. ត្រូវបំពេញដោយបុគ្គលិកទាំងអស់បន្ទាប់ពីត្រួតពិនិត្យកិច្ចព្រមព្រៀងស្នាក់នៅ និងមុនពេលធ្វើការម្នាក់ឯងជាមួយបុគ្គល។
ហត្ថលេខាបុគ្គលិកខាងក្រោមត្រូវបានតម្រូវមុនពេលធ្វើការម្នាក់ឯងជាមួយអតិថិជនសេវាកម្មសម្រាកពេញមួយយប់ដែលបានត្រៀមទុក ហើយបង្ហាញថាពួកគេបានអាន បានយល់ និងយល់ព្រមគាំទ្រសេវាកម្មដូចបានត្រួតពិនិត្យកិច្ចព្រមព្រៀងសេវាកម្មសម្រាកពេញមួយយប់ដែលបានត្រៀមទុក ៖

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព	ហត្ថលេខាបុគ្គលិក	កាលបរិច្ឆេទ