

**ບົດລາຍງານການບໍາບັດດ້ວຍມ້າ ປະຈໍາ 90 ວັນ (ປະຈໍາໄຕມາດ)**

ຊື່ລູກຄ້າ		ຊື່ຜູ້ຈັດການກໍລະນີ	
ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ		ຊື່ຕົວແທນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ	
ວັນທີທີ່ການບໍາບັດເສີມ (ແບບຟອມ DSHS 27-194) ໄດ້ຮັບການຂຽນຂຶ້ນ	ຊ່ວງວັນທີສໍາລັບບົດລາຍງານນີ້	ລູກຄ້າ PASRR <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	
ອະທິບາຍເປົ້າໝາຍ ແລະ ຈຸດປະສົງຂອງລູກຄ້າ ສໍາລັບການບໍາບັດດ້ວຍມ້າ. ບໍ່ເກີນສາມ (3) ຄຳຕໍ່ແຜນ. ເບິ່ງຄໍາແນະນໍາສໍາລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ.			
ເປົ້າໝາຍທີ 1			
ເປົ້າໝາຍທີ 2			
ເປົ້າໝາຍທີ 3			
<b>ຖ້າມີເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວໃໝ່ໄດ້ຮັບການລະບຸ, ແຜນການບໍາບັດດ້ວຍມ້າເບື້ອງຕົ້ນຕ້ອງໄດ້ຮັບການປັບປຸງແກ້ໄຂ.</b>			
ອະທິບາຍຍຸດທະສາດການປິ່ນປົວທີ່ໃຊ້ສໍາລັບແຕ່ລະເປົ້າໝາຍຂ້າງເທິງນີ້:			
ເປົ້າໝາຍທີ 1			
ເປົ້າໝາຍທີ 2			
ເປົ້າໝາຍທີ 3			
ສະຫຼຸບຄວາມຄືບໜ້າໄປສູ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍຕາມຈຸດປະສົງ ແລະ ເງື່ອນໄຂທີ່ສາມາດວັດໄດ້, ລວມທັງອຸປະສັກຕໍ່ຄວາມກ້າວໜ້າ. ລະບຸຍຸດທະສາດທາງເລືອກທີ່ວາງແຜນເພື່ອແກ້ໄຂອຸປະສັກ.			
ເປົ້າໝາຍທີ 1			ການສໍາເລັດເປົ້າໝາຍ, ໃຊ້ມາດຕາວັດຈາກ 1 – 10 (ໂດຍທີ່ 10 ແມ່ນບັນລຸເປົ້າໝາຍ) ເປົ້າໝາຍທີ 1: ເປົ້າໝາຍທີ 2: ເປົ້າໝາຍທີ 3:
ເປົ້າໝາຍທີ 2			
ເປົ້າໝາຍທີ 3			

ລະບຸຄຳແນະນຳການສິ່ງທີ່ໄດ້ເຮັດ ຖ້າລາຍຊື່ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທີ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນມີຄວາມຕ້ອງການການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານການປິ່ນປົວ, ສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອການສຶກສາ:

ທ່ານໄດ້ໃຫ້ການບໍາບັດດ້ວຍມ້າ (ວັນທີ/ເວລາໃຫ້ບໍລິການໃນ 90 ວັນທີ່ຜ່ານມາ) ເມື່ອໃດ?

ວັນທີ: ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ (15 ນາທີ):

ວັນທີ: ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ (15 ນາທີ):

ວັນທີ: ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ (15 ນາທີ):

ວັນທີ: ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ (15 ນາທີ):

ວັນທີ: ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ (15 ນາທີ):

ວັນທີ: ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ (15 ນາທີ):

**ວັນທີຈັດກອງປະຊຸມ CFT ທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ, ການປຶກສາກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານພຶດຕິກຳ ຫຼື ການເຄື່ອນໄຫວປະສານງານການດູແລອື່ນໆ:**

ວັນທີ: ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ (15 ນາທີ):

(ສຸງສຸດສອງຊົ່ວໂມງຕໍ່ໄຕມາດ)

ອະທິບາຍຜົນການປຶກສາຫາລື ຫຼື ການປະສານງານການດູແລທຸກຢ່າງ, ຖ້າມີ.

ລະບຸການຍ້ຽມຢາມເພີ່ມເຕີມໃສ່ໃນໜ້າແຍກຕ່າງຫາກ ແລະ ຄັດຕິດໃສ່ບົດລາຍງານນີ້.

**ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍລວມທັງໝົດ (15 ນາທີຂອງການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໃນ 90 ວັນທີ່ຜ່ານມາ:**

ລາຍເຊັນ			
ລາຍເຊັນລູກຄ້າ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ	ວັນທີ		

ຄຳແນະນຳສຳລັບບົດລາຍງານຄວາມຄືບໜ້າປະຈຳໄຕມາດຂອງການບຳບັດດ້ວຍມ້າ

**ຊື່ລູກຄ້າ:** ຕື່ມຊື່ຂອງລູກຄ້າໃສ.

**ຜູ້ຈັດການກຳລະນີ:** ລະບຸຊື່ຂອງຜູ້ຈັດການກຳລະນີຂອງລູກຄ້າ.

**ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:** ຕື່ມຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຮັດວຽກໂດຍກົງກັບລູກຄ້າ.

**ຊື່ຕົວແທນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:** ລະບຸຊື່ຂອງຕົວແທນທີ່ແພດທີ່ເຮັດວຽກກັບລູກຄ້າເຮັດວຽກນຳ.

**ວັນທີຂຽນແບບຟອມການບຳບັດເສີມ (DSHS 27-194):** ລະບຸວັນທີທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້.

**ຊ່ວງວັນທີ່ສຳລັບລາຍງານນີ້:** ນີ້ແມ່ນຊ່ວງວັນທີ່ແບບຟອມນີ້ລາຍງານເຖິງ.

**ລູກຄ້າ PASSR:** ໝາຍກ່ອງນີ້ ຖ້ານີ້ແມ່ນລູກຄ້າທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໂດຍໂຄງການ PASSR.

ຜູ້ຈັດການກຳລະນີຂອງລູກຄ້າສາມາດຢືນຢັນໄດ້.

**ອະທິບາຍເປົ້າໝາຍ ແລະ ຈຸດປະສົງຂອງລູກຄ້າ ສຳລັບການບຳບັດດ້ວຍມ້າ:** ລະບຸວິທີການເຊື່ອມຕໍ່ເປົ້າໝາຍຕ່າງໆກັບການສະໜັບສະໜູນທີ່ແນະນຳທີ່ຮ້ອງຂໍໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳຂອງລູກຄ້າ. ອະທິບາຍວ່າແຕ່ລະເປົ້າໝາຍມີຈຸດມຸ່ງໝາຍເພື່ອເສີມແຜນສະໜັບສະໜູນພຶດຕິກຳຫຼັກຄືແນວໃດ. ຕ້ອງມີບໍ່ໃຫ້ເກີນສາມເປົ້າໝາຍຕໍ່ແຜນການ.

**ອະທິບາຍຍຸດທະສາດການປິ່ນປົວທີ່ນຳໃຊ້ສຳລັບແຕ່ລະເປົ້າໝາຍ:** ວິທີການແລະ ເຕັກນິກທີ່ຖືກນຳມາໃຊ້ເພື່ອສະໜັບສະໜູນລູກຄ້າແມ່ນມີຫຍັງແດດ? ອະທິບາຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າຢູ່ບ່ອນນີ້.

**ສະຫຼຸບຄວາມຄືບໜ້າໄປສູ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍຕາມຈຸດປະສົງ ແລະ ເງື່ອນໄຂທີ່ສາມາດວັດໄດ້, ລວມທັງອຸປະສັກຕ່າງໆ:** ລະບຸຍຸດທະສາດທາງເລືອກທີ່ວາງແຜນໄວ້ເພື່ອແກ້ໄຂອຸປະສັກຕ່າງໆ. ລະບຸຂັ້ນຕອນຕ່າງໆທີ່ລູກຄ້າໄດ້ເຮັດໃນການບຳບັດດ້ວຍມ້າ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ພວກເຂົາເຂົ້າໃກ້ກັບເປົ້າໝາຍຂອງຕົນ. ການບໍລິການນີ້ໄດ້ຊ່ວຍລູກຄ້າມີຄວາມຄືບໜ້າໄປສູ່ເປົ້າໝາຍຂອງເຂົາເຈົ້າຄືແນວໃດ? ໃນມາດຕາວັດຈາກ -10 ລູກຄ້າຢູ່ຈຸດໃດ ໃນການບັນລຸເປົ້າໝາຍທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງເຂົາເຈົ້າສຳລັບການບຳບັດດ້ວຍມ້າ?

**ລະບຸຄຳແນະນຳການສິ່ງຕໍ່:** ຖ້າລູກຄ້າມີຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານການປິ່ນປົວ, ສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອການສຶກສາ (ການສິ່ງຕໍ່ອາດຈະເປັນຜູ້ປະສານງານການດູແລ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານປິ່ນປົວ ຫຼື DDA), ລະບຸການສິ່ງຕໍ່ທີ່ຈຳເປັນທຸກຢ່າງ ສຳລັບລູກຄ້າທີ່ຢູ່ນອກຂອບເຂດທີ່ການບຳບັດດ້ວຍມ້າສາມາດສະໜອງໃຫ້ໄດ້ ໄວ້ໃນສ່ວນນີ້. ຕົວຢ່າງການພິຈາລະນາ: ມີຄວາມກັງວົນໃດໆກ່ຽວກັບການນຳສະເໜີສຸຂະພາບຈິດຂອງລູກຄ້າ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການສຶກສາ ສຳລັບໂຮງຮຽນບໍ່? ລູກຄ້າຕ້ອງການການສິ່ງຕໍ່ໄປຍັງແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນທີ່ເຂົາເຈົ້າຍັງບໍ່ທັນໄດ້ເຊື່ອມຕໍ່ກັບເທື່ອບໍ່?

**ວັນທີ ແລະ ເວລາໃຫ້ການບໍລິການໃນ 90 ວັນທີ່ຜ່ານມາ:** ລະບຸເວລາໃຫ້ການບຳບັດດ້ວຍມ້າໄວ້ຢູ່ບ່ອນນີ້ ແລະ ເວລາທີ່ໃຊ້ແມ່ນຫຼາຍປານໃດ.

**ວັນທີຈັດກອງປະຊຸມ CFT ທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ, ການປຶກສາກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານພຶດຕິກຳ ຫຼື ການເຄື່ອນໄຫວປະສານງານການດູແລອື່ນໆ:** ລະບຸການປະຊຸມທຸກຢ່າງທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ ເຊັ່ນກອງປະຊຸມທຶມງານລູກຄ້າ ແລະ ຄອບຄົວ ແລະ ລະບຸຍຸດທະສາດໃນການປຶກສາຫາລືດ້ານການດູແລໃໝ່ທີ່ໄດ້ປຶກສາຫາລື.

**ລາຍເຊັນລູກຄ້າ:** ລູກຄ້າຕ້ອງເຊັນຊື່ບ່ອນນີ້.

**ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ:** ຖ້າມີ, ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງລູກຄ້າຕ້ອງໄດ້ເຊັນຊື່ຢູ່ບ່ອນນີ້, ເພື່ອເປັນການເຫັນດີກັບລາຍງານນີ້.

**ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:** ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບຳບັດດ້ວຍມ້າຈະເຊັນຊື່ຢູ່ບ່ອນນີ້.