

ពាក្យសុំសម្រាប់សេវាកម្មស្តារទឹកសម្បទារវិជ្ជាជីវៈ

Application for Vocational Rehabilitation Services

1. លេខសន្តិសុខសង្គម	2. ឈ្មោះដំបូង/ចុងក្រោយ ឈ្មោះអក្សរកាត់កណ្តាល ឈ្មោះចុងក្រោយ		
3. ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	4. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	5. ខោនធី	
6. លេខផ្លូវ		ទីក្រុង	រដ្ឋ
7. លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់) <input type="checkbox"/> ទូរសារ <input type="checkbox"/> TTY		8. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល	
		9. IP ទូរស័ព្ទវីដេអូ	
10. បច្ចុប្បន្នខ្ញុំទទួលបាន ៖ <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> ពិការភាព SSI			
<p>ខ្ញុំសូមដាក់ពាក្យទៅផ្នែកស្តារទឹកសម្បទារវិជ្ជាជីវៈ (DVR) សម្រាប់សេវាកម្មដែលនឹងអាចឱ្យខ្ញុំសម្រេចលទ្ធផលការងារ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ស្របតាមចំណងជើង VI នៃច្បាប់ស៊ីវិល 1964 ដូចដែលបានកែប្រែ និងច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ប្រឆាំងនឹងការរើសអើង ក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាមនុស្សរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ហាមឃាត់ការរើសអើងផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជំនឿ ដើមកំណើត អាយុ ភេទ វត្តមានញាណណាមួយ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត រាងកាយ ការប្រើស្រុនដែលបានបង្កើតឡើង ឬស្ថានភាពសេវាដោយមនុស្សពិការ ទំនោរផ្លូវភេទ អតីតយុទ្ធជនដែលសាយដោយកិត្តិយស ទាហានពិការ ទាហានសម័យវៀតណាម ទាហានដែលទើបបំបែកផ្លូវ ស្ថានភាពយោធា ឬអតីតយុទ្ធជនដែលបានការពារផ្សេងទៀត ឬស្ថានភាពជាម្តាយដែលចិញ្ចឹមកូនរបស់នាងដោយបំបៅដោះ។</p> <p>ខ្ញុំបានទទួលខិតប័ណ្ណគោលនយោបាយការមិនរើសអើង DSHS, DSHS 22-171, និងយល់ដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំជាក់ចាំខ្ញុំត្រូវបានគេរើសអើងប្រឆាំង ខ្ញុំអាចធ្វើតាមដំណើរការពិការភាពរើសអើងបានរៀបរាប់នៅក្នុងខិតប័ណ្ណនេះ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា DVR អាចទទួលបានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនពីរដ្ឋ និងភ្នាក់ងារសហព័ទ្ធដើម្បីផ្សព្វផ្សាយផ្តល់ការប្រយោជន៍ រកប្រាក់ និងចំណូលពីការងារ ឬកម្រៃដោយខ្លួនឯង។ អាជ្ញាធរក្រោមព័ត៌មានដែលបានប្រមូលរួមទាំង WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38 (ក្រមបច្ចេកទេសសហព័ទ្ធនៃ) និង RCW 50.13.060 សម្រាប់សន្តិសុខការងារ និង RCW 82.32.330 សម្រាប់នាយកដ្ឋានចំណូល។</p> <p>ខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីជំនួយអតិថិជន និងសេវាកម្មរបស់ពួកគេត្រូវបានពន្យល់មកខ្ញុំ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងផងដែរ អនុលោមតាមមួយ WAC 388-891A-0215 ប្រសិនបើទោះជាពេលណាមួយខ្ញុំមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តណាមួយដែលធ្វើឡើងដោយ DVR ខ្ញុំមានសិទ្ធិទាក់ទងទៅកម្មវិធីជំនួយអតិថិជន ស្នើសុំសម្របសម្រួល និងស្នើសុំវិនិច្ឆ័យការងារ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ទីប្រឹក្សា DVR ត្រូវតែកំណត់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិមានទទួលសេវាកម្មស្តារទឹកសម្បទារវិជ្ជាជីវៈ។ កិច្ចការអាចត្រូវការដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួល ហើយខ្ញុំអាចចូលរួមក្នុងកិច្ចការនោះដែរ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា បើទោះបីជា DVR មិនមែនជាអង្គការដែលគ្របដណ្តប់ដោយច្បាប់ការកិច្ចព័ត៌មានសុខភាព និងគណនេយ្យភាព (HIPAA), DVR នឹងរក្សាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំជាការសម្ងាត់ ដូចរៀបរាប់ក្នុង WACs 388-891A-0130, 388-891A-0135 និង 388-891A-0150 ។</p> <p>ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ DVR ទទួលបាន និងបង្ហាញព័ត៌មានដែលត្រូវការដល់ប្រព័ន្ធតុះតុះអតិថិជន។ ព័ត៌មាននេះរួមមានទាំងឈ្មោះ លេខសន្តិសុខសង្គម ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត សារវត្តមានសាសន៍ ភ្នាក់ងារព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន មណ្ឌល និងការចូលរួមកម្មវិធី DSHS។</p> <p style="text-align: center;">ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំបង្ហាញថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ដឹងព័ត៌មាននេះលើពាក្យសុំនេះ។</p>			
ហត្ថលេខាបេក្ខជន / ឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល		កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យ	
និងត្រូវបាន DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) តែប៉ុណ្ណោះ			
បុគ្គលិក DVR ដែលបានចាត់តាំងសម្រាប់បេក្ខជន			