



ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການບໍລິການຝຶກຝົນວຽກງານໃຫ້ດີຄືນຄືເກົ່າ
Application for
Vocational Rehabilitation Services

1. ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ	2. ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ
3. ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	4. ວັນເກີດ	5. ຄາວຕີ	
6. ທີ່ຢູ່ຖະນົນ		ເມືອງ	ຮັດ
7. ເລກໂທລະສັບ (ລວມທັງຮະຫັດເຂດ) <input type="checkbox"/> ແຟກຊ໌ <input type="checkbox"/> TTY		8. ທີ່ຢູ່ອີເມວລ໌	
		9. ວິດີໂອໂທລະສັບ IP	
10. ຂ້າພະເຈົ້າໃນປັດຈຸບັນນີ້ໄດ້ຮັບ: <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI - ເສັຽອົງຄະ			
<p>ຂ້າພະເຈົ້າມາໃນທີ່ນີ້ຮ້ອງຂໍເອົາການບໍລິການນໍາຜະແນກ Division of Vocational Rehabilitation (DVR) ທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າບັນລຸຜົນສໍາເລັດໃນຜົນອອກມາຂອງວຽກງານ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າສອດຄ່ອງກັບກົດບັນຍັດ Title VI of the Civil Rights Act of 1964, ຕາມທີ່ຖືກດັດແປງ ແລະ ກົດໝາຍຂອງຮັດວໍຊິງຕັນ, ຕໍ່ຕ້ານການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ, Washington State Department of Social and Health Services ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໂດຍອີງຕາມພິວັດພັນ, ສີສັນ, ລັດທິ, ສາສະນາ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ, ອາຍຸ, ເພດ, ການປາກົດມີຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານຄວາມຮູ້ສຶກ, ຈິດໃຈ ຫລື ຮ່າງກາຍແນວໃດແນວນຶ່ງ, ການໃຊ້ຫມາກນໍາທາງທີ່ຖືກຝຶກຝົນມາ ຫລື ສັດລ້ຽງບໍລິການໂດຍຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະ, ແນວໂນ້ມທາງເພດ, ນັກຮົບເກົ່າທີ່ຖືກປົດປ່ອຍຢ່າງມີກຽດ, ນັກຮົບເກົ່າເສັຽອົງຄະ, ນັກຮົບເກົ່າສະມັຍວຽດນາມ, ນັກຮົບເກົ່າທີ່ຖືກແຍກອອກມາໃນໜ້າໜ້າ, ນັກຮົບເກົ່າທີ່ຖືກປົກປ້ອງອື່ນໆ ຫລື ສະພາບທະຫານ, ຫລື ສະພາບໃນຖານະເປັນມາມດາປ້ອນລູກດ້ວຍນິມແມ່.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບປຶ້ມຄູ່ມື DSHS Nondiscrimination Policy , DSHS 22-171, ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໃສ່, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນຂອງການຮ້ອງທຸກເຮືອງການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະຊຶ່ງຖືກກ່າວໄວ້ຢູ່ໃນປຶ້ມຄູ່ມືຫົວນີ້.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຜະແນກ DVR ອາດຈະເກັບກໍາເອົາມາຮາຍຮະອຽດສ່ວນຕົວຈາກຫ້ອງການຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງເພື່ອຈະພິສູດເບິ່ງສະວັດດີການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເງິນທີ່ຫມາກໄດ້ ແລະ ຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານ ຫລື ວຽກງານສ່ວນຕົວ. ສິດອໍານາດພາຍໃຕ້ຊຶ່ງຮາຍຮະອຽດໄດ້ຖືກເກັບກໍາເອົາມາລວມເອົາກົດໝາຍ WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38 (Code of Federal Regulations), ແລະ RCW 50.13.060 ສໍາລັບກົມ Employment Security, ແລະ RCW 82.32.330 ສໍາລັບກົມ Department of Revenue.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການ Client Assistance Program ແລະ ການບໍລິການຂອງເອົາເຈົ້າໄດ້ຖືກອະທິບາຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຟັງ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ, ອີງຕາມກົດໝາຍ WAC 388-891A-0215, ຖ້າຫາກວ່າໃນທຸກໆເວລາຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ພໍໃຈນໍາການຕັດສິນແນວໃດແນວນຶ່ງທີ່ຖືກເຮັດລົງໄປໂດຍຜະແນກ DVR, ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາໂຄງການ Client Assistance Program, ຮ້ອງຂໍເອົາການຈະຮະຈາໄກ່ເກ້ຮຸ້ງ, ແລະ ຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງເປັນທາງການ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຜູ້ປຶກສາຂອງ DVR ຕ້ອງພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການບໍລິການຝຶກຝົນວຽກງານໃຫ້ດີຄືນຄືເກົ່າ ຫລື ບໍ່. ການຕື່ອາຄາປະເມີນຜົນອາດຈະຕ້ອງການເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂເຮັດເອົາ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າມີເວລາວາງທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມນໍາການຕື່ອາຄາປະເມີນຜົນອັນນັ້ນ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າເຖິງແມ່ນວ່າຜະແນກ DVR ບໍ່ແມ່ນຫ້ອງການທີ່ຖືກຮຸ້ມກັນໂດຍກົດໝາຍ Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA), DVR ຈະເກັບຮັກສາຮາຍຮະອຽດສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ເປັນຄວາມລັບຕາມທີ່ຖືກບັນຮະຍາຍຢູ່ໃນກົດໝາຍ WACs 388-891A-0130, 388-891A-0135, ແລະ 388-891A-0150.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜະແນກ DVR ທີ່ຈະເກັບກໍາເອົາ ແລະ ເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ຮະບົບລົງທະບຽນລູກຄ້າຂອງກົມ DSHS. ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ລວມເອົາ: ຊື່; ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ; ວັນເກີດ; ເພດ; ເບື້ອງຫລັງຊົນເຜົ່າ; ຫ້ອງການ/ສະຖາບັນການຢືນຢົວປັດຈຸບັນ; ແລະ ການພົວພັນນໍາໂຄງການຂອງກົມ DSHS.</p> <p align="center">ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊື່ຍອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຮາຍຮະອຽດຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້.</p>			
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ/ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ		ວັນທີຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍ	
ເພື່ອ DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) ເທົ່ານັ້ນ			
ຜະນັກງານຂອງ DVR ຜູ້ທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍ			