

ຄໍາຮັງຈ່າເອການບໍລິການຜິກພິນວຽກງານໃຫ້ດີເຄື່ອງ
Application for Vocational Rehabilitation Services

ຮາບຮອດຂອງຜູ້ຮອງຈໍາ

1. ຂື່ຂອງຜູ້ຮອງຈໍາ	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	2. ແຜນ
3. ວັນທີ	4. ເລກຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ		<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຫັງສອງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ເລືອກເອົາທີ່ຈະບໍ່ຂຶ້ນອກຕົວ

ຮາບຮອດຂອງການຕິດຕໍ່ຫາ

5. ເລກໄທທະສັບ (ລວມທັງຮະຫັດເຂດ)	6. ທີ່ຢູ່ອີແມວ		
7. ວິດໄອແຜນ IEP	8. ຄາວຕີ		
9. ທີ່ຢູ່ຖະນົມ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິຄາດ

10. ການຕິດຕໍ່ສື່ສານທີ່ມັກຫລາຍກວ່າ

- ອີແມວ ໄທທະສັບ ໄປສະນີ
 ອື່ນໆ:

11. ການອໍານວຍຄວາມສະດວກດ້ານການເຂົາເຖິງພາສາ?

- ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ພາສາຕັ້ງທີ່ມັກຫລາຍກວ່າ:

ຮາບຮອດກ່ຽວກັບນັກຮຽນແລະຄວາມສັງຄູງຄະ

12. ໄດ້ຈົດຂີ້ເຂົາໃນໂຄງການການສຶກສາທີ່ຖືກຮັບຮູ້ລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດໄປເຖິງ: ໄຮງຮຽນຮາຍສະກຸນ, ໄຮງຮຽນວິຊາຂີ້ບໍລິການຊ່າງ, ໄຮງຮຽນຄອນມືວົງນີ້, ຫລືການຊ່າງ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນທີ່ມີຄວາມສັງຄູງຄະ:

0. ບຸກຄົນບໍ່ແມ່ນນັກຮຽນທີ່ມີຄວາມສັງຄູງຄະ
 1. ນັກຮຽນທີ່ມີຄວາມສັງຄູງຄະແລະກໍາລັງໄດ້ຮັບການອໍານວຍຄວາມສະດວກ 504
 2. ນັກຮຽນທີ່ມີຄວາມສັງຄູງຄະແລະກໍາລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການຜັນປ່ຽນຕໍ່ມາພາຍໄຕ IEP
 3. ນັກຮຽນທີ່ມີຄວາມສັງຄູງຄະ, ບໍ່ມີການອໍານວຍຄວາມສະດວກ 504, ແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຜັນປ່ຽນຕໍ່ມາພາຍໄຕ IEP.

ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມສັງຄູງຄະ:

1. ບຸກຄົນລາຍງານວ່າລາວນີ້ມີຄວາມສັງຄູງຄະແນວໃດແນວໜຶ່ງ, ຕາມທີ່ຖືກຕິຄວາມໝາຍຫຼຸ່ມໃນກົດໝາຍ Americans with Disabilities Act
 0. ບຸກຄົນລາຍງານວ່າລາວນີ້ມີຄວາມສັງຄູງຄະທີ່ສອດຄອງນຳການຕົກຄວາມໝາຍ
 9. ບຸກຄົນບໍ່ໄດ້ຂຶ້ນອກຕົວເອງ

ຮາບຮອດກ່ຽວກັບຜົວັນແລະເຊື້ອຊາດ

13. ຜົວັນແລະເຊື້ອຊາດ

ການເອົາຮາບຮອດອັນນີ້ໃຫ້ແມ່ນບໍ່ຈໍາເປັນເຜື່ອຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງ DVR. ຮັດຖະບານກາງຢູ່ໃຫ້ຫ້ອງການ VR ທີ່ຈະເກັບຮັກສາກ່ຽວກັບຜົວັນ/ເຊື້ອຊາດສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງຂໍ້ມູນທີ່ນັ້ນ. ຖ້າທາງວ່າທ່ານເລືອກເອົາທີ່ຈະບໍ່ເປົ້າເປີຍຮາຍຮອດອັນນີ້, DVR ຕ້ອງກ່າວເຈາະຈົງຜົວັນ/ເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານ. ຫ້ອງການທຸກໆບ່ອນທີ່ໄດ້ຮັບເຖິງທີ່ນີ້ຂອງຮັດຖະບານກາງຕ້ອງລາຍງານຂໍ້ມູນຜົວັນ/ເຊື້ອຊາດບໍ່ວ່າຈະໄດ້ການລາຍງານຕົນເອງຂອງລູກຄ້າຫີ້ໄລຍການສັງຄູດເບື້ອງຂອງພະນັກງານ.

ຫ້ອງການຂອງຮັດຖະບານກາງ Office of Management and Budget (OMB) Statistical Policy Directive No. 15, "ນາດຕະຖານສຳລັບຜົວັນແລະເຊື້ອຊາດສຳລັບສະຖິຕິຂອງຮັດຖະບານກາງແລະການລາຍງານອໍານາດການປົກຄອງ," ແມ່ນຜົນຖານສຳລັບທາງເລືອກຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ເຊື້ອຊາດ:

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຮັສແບນິກ/ລາຕິໄນ | <input type="checkbox"/> ເນັກຊີແກນອະນະເວີແກນ | <input type="checkbox"/> ເປົ້າຕີຣີແກນ |
| <input type="checkbox"/> ຮິສແບນິກ/ລາຕິໄນ | <input type="checkbox"/> ຄົວແບນ | <input type="checkbox"/> ຂີ່ກາໄນ |
| <input type="checkbox"/> ບໍ່ຂຶ້ນອກຕົວເອງ | <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ກະຮຸນາເຈາະຈົງ): | |

ຖ້າແມ່ນຮັສແບນິກ/ລາຕິໄນ, ກະຮຸນາຫມາຍໃສ່ບ່ອກທີ່ເຫັນມາສິນຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຜົວັນ:

ກະຮຸນາຫມາຍໃສ່ບ່ອກທີ່ເຫັນມາສິນຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ກ່ຽວກັບຜົວັນ/ເຊື້ອຊາດຂອງທ່ານ.

- ຄົນອະນະຮັກນິນດຽນ/ອາລາສັກາດ້ານ; ຖ້າຖືກຫມາຍໃສ, ກະຮຸນາບອກອຸນເຜົ່າ:

- ຄົນພົວດຳແວິຮີກັນອະນະຮັກນິນ ຄົນຂະແນນ ຄົນຈົນ ຄົນຝີລິບິນ ຄົນຕາກະກວນ

- ຄົນຮາວຍ ຄົນອິນດຽນ (ຊາວອີສໂອຊຽນ) ຄົນເກົ້າຫລື ຄົນລາວ ຄົນຊາມວນ

- ຄົນໃຫ ຄົນວຽດນາມ ຄົນຝົວຂາວ/ຢູ່ໂຮບອະເມີນຮັກນິນ

- ຄົນເອຊີງອື່ນໆຫລືຄົນຕາກະແບ່ຂີຝິກ (ກະຮຸນາເຈາະຈົງ):

- ຄົນອື່ນໆ (ກະຮຸນາເຈາະຈົງ): ບໍ່ປະສົງທີ່ຈະເປີຍແຜີຍ ບໍ່ຖືກລາຍງານ

ຮາບຮອດຂອງການສຶ່ງຕໍ່

14. ແມ່ນໄຟສຶ່ງທ່ານຕໍ່ປະຊາ DVR? ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຖືກສຶ່ງຕໍ່, ກະຮຸນາເລືອກເອົາ “ການສຶ່ງຕໍ່ໄດ້ຍົກເອງ.”

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 14(c) ຜູ້ໃບປະກາດ | <input type="checkbox"/> ໂຄງການວຽກງານແລະການຝຶກຝຶນຂອງກົມແຮງງານ |
| <input type="checkbox"/> ການສຶກສາຜູ້ໃຫຍ່ຫລືໂຄງການບໍ່ຮູ້ຫັນງິສີ | <input type="checkbox"/> ສະຖາບັນການສຶກສາ (ຮາຍສະກຸນ) |
| <input type="checkbox"/> ໂຄງການບໍລິການ VR ຂອງອະນຸມືອນດຸນ | <input type="checkbox"/> ສະຖາບັນການສຶກສາ (ຫລັງຈາກນັດທະຍົມ/ຄອນເຫຼດ) |
| <input type="checkbox"/> ສູນກາງສຳລັບການດຳວັງຂີວິດທີ່ບໍ່ຂັ້ນນຳໃຜ | <input type="checkbox"/> ນາບຈ້າງ |
| <input type="checkbox"/> ພະແນກປ້ອງກັນດັກນັ້ອຍ | <input type="checkbox"/> ຜູ້ບໍລິການວຽກງານຂະບາຍອອກ |
| <input type="checkbox"/> ໂຄງການຝຶກຝຶນໃຫ້ກີຄືນຂອງຊຸມຊຸມ | <input type="checkbox"/> ອົງການອົງຕາມຄວາມເຊື່ອຫຼັນ |
| <input type="checkbox"/> ພະແນກບໍລິການຊຸມຊຸມ | <input type="checkbox"/> ຄອບຄົວ/ຫມູ່ຜູ້ອ່ອນ |
| <input type="checkbox"/> ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊຸມ | <input type="checkbox"/> ຊາວຫຸ່ມກຳພ້າ |
| <input type="checkbox"/> ອົງການ/ຜູ້ສະນັບສະນູນຜູ້ບໍລິໂພກ | <input type="checkbox"/> ຜູ້ບໍລິການຄວາມເສົ້າອົງຄະດັກນັ້ນສະມອງ/ການຈະດີນເຕີບໄຕ |
| <input type="checkbox"/> ການສຶ່ງຕໍ່ໄດ້ຍົກເອງ | |

ຮາບຮອດກ່ຽວກັບການຊັ້ນຊັ້ນການເງິນ

15. ທ່ານໄດ້ຮັບການຊັ້ນຊັ້ນການເງິນສາທາະນະບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ເງິນປະຈຳດີອືນປະມານເຫົ່າດີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບມາຈາກແຫ່ງລ່າງທີ່ນາແຕ່ລ່າຍບ່ອນ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ເງິນປະກັນພັບຄວາມເສົ້າອົງຄະຄວາມປອດພັບສັງຄົມ (SSDI) | <input type="checkbox"/> ເງິນສະວັດດິການເສົ້າອົງຄະຂອງນັກຮົບເກົ່າ |
| <input type="checkbox"/> ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊ່ວຍຄວາມສຳລັບຄວບຄົວຂັດສິນ (TANF) | <input type="checkbox"/> ເງິນທິດແທນຂອງຄົນງານ |
| <input type="checkbox"/> ເງິນຄວາມປອດພັບຂອງວຽກງານ (ເງິນວ່າງງານ) | <input type="checkbox"/> ເງິນການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ວ່ໄປ (ຮັດໜ້າທ້ອງຖິ່ນ) |
| <input type="checkbox"/> ເງິນຄວາມປອດພັບຜົນຕົ້ມ (SSI) ສຳລັບຄົນອາຍຸແກ່, ຕາບອດ, ຫລືເສົ້າອົງຄະ | <input type="checkbox"/> ບົມື້ຫຍັງ |

ຈຳນວນເງິນ SSDI ທີ່ມີຫລັກຖານ: \$ _____

ຈຳນວນເງິນ SSI ທີ່ມີຫລັກຖານ: \$ _____

ເງິນຊັ້ນຊັ້ນສາທາະນະອື່ນໆທຸກໆຢ່າງ: \$ _____

ຈຳນວນເງິນທັງໝົດ: \$ _____

ຮາບຮອດດ້ານການພະຍາບານ

16. ທ່ານມີການຊັ້ນກັນປະກັນພັບພະຍາບານແນວໃດບໍ່ໃນເວລາຂອງໃບຄໍາຮ້ອງໃບນີ້?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> ປະກັນພັບອອກອືນຜ່ານແຫ່ງລ່າງທີ່ນາບ່ອນອື່ນ |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> ບໍ່ທັນມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບເຫຼືອສຳລັບປະກັນພັບອອກອືນຜ່ານນາບຈ້າງປັດຈຸບັນແຕ່ວ່າຈະ |
| <input type="checkbox"/> Affordable Care Act Exchange | <input type="checkbox"/> ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຫລັງຈາກຮະບະເວລາໄດ້ເວລານີ້. |
| <input type="checkbox"/> ປະກັນພັບອອກອືນຜ່ານນາບຈ້າງຂອງຕົນເອງ | <input type="checkbox"/> ບຸກຄົນບໍ່ມີການຊັ້ນກັນປະກັນພັບພະຍາບານ. |
| <input type="checkbox"/> ປະກັນພັບສາທາະນະຈາກແຫ່ງຍື່ນ (ເງິນທິດແທນແຮງງານ, ໂຄງການ Children's Health Insurance Program, ອື່ນໆ) | |

ຮາບຮອດຂອງສະພາບນັກຮົບເກົ່າ

17. ສະພາບນັກຮົບເກົ່າຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງໃນເວລາຂອງໃບຄໍາຮ້ອງໃບນີ້?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ບຸກຄົນບໍ່ແມ່ນນັກຮົບເກົ່າ | <input type="checkbox"/> ບຸກຄົນແມ່ນນັກຮົບເກົ່າ |
|---|--|

ຮາບຮອດການເປີດເຜີຍແລະການຍື່ນຍອມທີ່ຕ້ອງການ

18. ການເປີດເຜີຍແລະການຍື່ນຍອມທີ່ຕ້ອງການ

ຂ້າພະເຈົ້າໃນທີ່ນີ້ຮ້ອງຂໍເອົານຳພະແນກ Division of Vocational Rehabilitation (DVR) ການບໍລິການທີ່ຈະຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະບັນລຸຄວາມສຳເລັດໃນວຽກງານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຊົ້າໃຈວ່າສອດຄ່ອງນຳກົດທາມຍ Title VI of the Civil Rights Act of 1964, ຕາມທີ່ຖືກດັດແປງແລະກົດທາມຂອງຮັດວ່າງຕົນ, ຕໍ່ຕ້ານການແບ່ງແນກອື່ນວັນນະ, Washington State Department of Social and Health Services ທ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການແບ່ງແນກອື່ນວັນນະໄດ້ອົງຕາມພື້ນ, ສີສັນ, ລັດທີ, ສາສະນາ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ, ອາຍຸ, ແຜນ, ການປາກົດມີຄວາມເສົ້າອົງຄະຫາງຄວາມຮັສືກ, ຈິດໃຈຫລືຮ່າງກາບ, ການເຊີ້ມານຳຫາງໜ້າສັບບໍລິການທີ່ຖືກຝຶກຝຶນມາໄດ້ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສົ້າອົງຄະ, ການຊັບໃຈຫາງແຜນ, ນັກຮົບເກົ່າທີ່ອັກປະຈຳການຢ່າງນິກຽດ, ນັກຮົບເກົ່າເສົ້າອົງຄະ, ນັກຮົບເກົ່າສະນັບສະນູນ, ນັກຮົບເກົ່າແບກຫນ້າທີ່ໃຫ້ທຳມໍ່ງານ້າ, ນັກຮົບເກົ່າທີ່ຖືກປົກປ້ອງຫລືສະພາບທະຫານອື່ນໆ, ຫລືສະພາບເປັນແມ່ນໜ້ອນມີລູກຂອງນາງດ້ວຍນິມແມ່.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໃຫຍ່ວ່າ DSHS Nondiscrimination Policy, DSHS 22-171, ແລະເຊົ້າໃຈວ່າຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແບ່ງແນຍກອືນເັີນວັນນະໃສ່,ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນຂອງການຮ້ອງທຸກການແບ່ງແນຍກອືນເັີນວັນນະທີ່ຖືກກ່າວຢູ່ໃນໃບຂ່າວ້ນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຊົ້າໃຈວ່າ DVR ອາດຈະຕັບກຳເອົາຍາບຮອງດສ່ວນບຸກຄົນຈາກຫ້ອງການຂອງຮັດແລະຮັດຖະບານກາງເພື່ອຈະພິສູດສະວັດດີການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ,ເງິນເຮັດວຽກເອົາແລະຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານໜີ້ງງານສ່ວນຕົວ.ສຶກຄໍານາດພາຍໃຕ້ອັນນີ້ຊີ່ງຮາບຮອງດໄດ້ຖືກຕັບເອົາມາໄດ້ລວມເອົາກິດໝາຍ WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38 (Code of Federal Regulations), ແລະ RCW 50.13.060 ສໍາລັບ Employment Security, ແລະ RCW 82.32.330 ສໍາລັບ Department of Revenue.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຮາບຮອງດກງວ່າປີໂຕງການ Client Assistance Program ແລະການບໍ່ຮົກມານຂອງເອົາເຈົ້າໄດ້ຖືກອະຫິບາປໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຊົ້າໃຈອີກວ່າ, ໂດຍການສອດຄ່ອງນຳກິດໝາຍ WAC 388-891A-0215, ຖ້າຫາກວ່າໃນທຸກໆເວລາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຈຳກຳຕັດສິນແນວໃດທີ່ຖືກເຮັດໄດ້ ດVR, ຂ້າພະເຈົ້າມີສຶກທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາໄຄງການ Client Assistance Program, ຮ້ອງຂໍເອົາການເຮັດຈາກໄກ່ເຖິງ, ແລະຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງເປັນທາງການ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຊົ້າໃຈວ່າຜູ້ປຶກສາ DVR ຕ້ອງໄດ້ພິຈະຮາມເບີ່ງວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຫລືບໍ່ສໍາລັບການບໍ່ຮົກມານ Vocational Rehabilitation Services. ການປະເມີນຜົນອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັດເພື່ອຈະພິຈະຮາມເບີ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາແລະຂ້າພະເຈົ້າມີເວລາວ່າງທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມນຳໃນການປະເມີນຜົນເບີ່ງ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຊົ້າໃຈວ່າຕູງແມ່ນວ່າ DVR ຈະບໍ່ແມ່ນພາກສ່ວນທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໄດ້ກິດໝາຍ Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA), DVR ຈະຮັກສາຮາບຮອງດສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕາມທີ່ຖືກບັນຮະບາຍຢູ່ໃນກິດໝາຍ WACs 388-891A-0130, 388-891A-0135, ແລະ 388-891A-0150

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ DVR ທີ່ຈະຕັບກຳເອົາແລະເປີດຜິບຮາບຮອງດທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ຮັບປົກການລົງທະບຽນລູກຄ້າຂອງກົມ DSHS. ຮາບຮອງດອັນນີ້ລວມເອົາ:ຊື່;ເລກຄວາມປອດຟ້າຂອງສັງຄົມ;ວັນເກີດ;ເພດ;ເບື້ອງຫລັງອືນເຝົ່າ;ຫ້ອງການ/ສະຖາບັນປິ່ນປັດຈຸບັນ; ແລະການກ່ຽວພັນນຳໄຄງການຂອງ DSHS

ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊັ້ນອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈຮາບຮອງດີ່ນໃບຝອມໃບນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ເຊັນຊື່ຢ່ອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນ: ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຜູ້ປຶກຄອງຕາມກິດໝາຍ ຜໍ່ແນ່່ອງດັກຕໍ່ກ່າວສຽນ

19. ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ/ຝ່າຍ/ຜູ້ປຶກຄອງຕາມກິດໝາຍ	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຖ້າຫາກວ່າບໍ່ແມ່ນຜູ້ຮ້ອງຂໍ
ຕົວຖືກຂຽນປະກອບໄດ້ພະນັກງານຂອງ Division of Vocational Rehabilitation		
ລາຍເຊັນຂອງພະນັກງານຂອງ DVR ທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມ