



Bảng Khai Về Y Tế, Học Vấn Và Việc Làm
Statement of Health, Education, and Employment

A. Thông Tin Về Thân Chủ			
Tên thân chủ		Số điện thoại thân chủ	
Tên thường gọi hoặc biệt danh (Không bắt buộc)		Đại từ nhân xưng (Không bắt buộc)	
Số ID thân chủ	Ngày sinh	Số An Sinh Xã Hội	
<p>1. Quý vị đã từng nộp đơn xin hoặc nhận trợ cấp Supplemental Security Income (Thu Nhập An Sinh Bổ Sung, SSI) hay Social Security Disability Income (Khuyết Tật An Sinh Xã Hội, SSDI) chưa. Nếu có, ghi rõ ngày: _____</p> <p>2. Quý vị đã từng phục vụ trong Quân đội Hoa Kỳ, Vệ binh hoặc Quân dự bị chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có muốn chúng tôi gửi giới thiệu đến Sở Cựu chiến binh Tiểu bang Washington không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>3. Hiện tại quý vị có quan tâm đến dịch vụ đào tạo lại hoặc Phục Hồi Chức Năng Nghề Nghiệp không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không. Nếu có, Chuyên Viên Dịch Vụ Xã Hội sẽ liên hệ để cung cấp thêm thông tin.</p> <p>4. Ngôn ngữ chính của quý vị là gì? _____ Quý vị có biết đọc và viết bằng ngôn ngữ đó không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>5. Quý vị thuận tay trái hay phải? <input type="checkbox"/> Trái <input type="checkbox"/> Phải <input type="checkbox"/> Cả hai</p> <p>6. Quý vị có lệnh cấp dưỡng nuôi con tại tiểu bang Washington không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có muốn được giới thiệu đến chương trình Giải Pháp Thay Thế của Division of Child Support (Bộ Phận Hỗ Trợ Trẻ Em, DCS) không? DCS có thể giúp quý vị hiểu rõ về lệnh cấp dưỡng con cái và tìm hiểu các phương án thanh toán. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>			
B. Thông Tin Y Tế			
<p>1. Hiện quý vị có bị bất kỳ tình trạng sức khỏe thể chất hoặc tâm thần nào cản trở khả năng làm việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không. Nếu có, liệt kê tất cả các tình trạng sức khỏe cản trở khả năng làm việc:</p> <p>2. Tình trạng sức khỏe này đã cản trở khả năng làm việc của quý vị bao lâu?</p> <p>3. Quý vị đã được điều trị cho các tình trạng này chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau:</p>			
Tình trạng	Phòng khám/Bệnh viện	Thời gian (tháng/năm)	Phương pháp điều trị/ Thuốc đã dùng

C. Giáo Dục Và Đào Tạo

1. Cấp học cao nhất quý vị đã hoàn thành (K-12)?
2. Quý vị có bằng tốt nghiệp Trung học Phổ thông hoặc chứng chỉ tương đương Trung học Phổ thông không? Có Không
3. Quý vị đã bao giờ tham gia các lớp giáo dục đặc biệt về đọc, viết hoặc toán trong thời gian học Trung học Phổ thông chưa? Có Không

Lớp Giáo Dục Đặc Biệt	Cấp Lớp	Lý Do Tham Gia Giáo Dục Đặc Biệt	Địa Điểm Hoặc Học Khu

Quý vị đã bao giờ theo học cao đẳng/đại học hoặc các chương trình đào tạo nghề chưa? Có Không
 Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau:

Trường Cao Đẳng/ Đại Học Hoặc Trường Nghề	Ngày Bắt Đầu/ Kết Thúc	Hoàn thành		Chứng Chỉ, Giấy Phép Hoặc Bằng Cấp
		Có	Không	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D. Quá Trình Làm Việc

1. Hiện tại quý vị có đang làm việc không? Có Không
 Nếu có, thu nhập hàng tháng của quý vị là bao nhiêu?
2. Liệt kê kinh nghiệm làm việc trong năm (5) năm gần nhất, bắt đầu từ công việc gần nhất (đính kèm thêm trang nếu cần):

Chức danh	Số giờ mỗi tuần	Tháng và năm Bắt đầu:	Tại sao quý vị lại nghỉ việc?
Người sử dụng lao động		Kết thúc:	

Mô tả các nhiệm vụ quý vị đã thực hiện trong công việc này:

Chức danh	Số giờ mỗi tuần	Tháng và năm Bắt đầu:	Tại sao quý vị lại nghỉ việc?
Người sử dụng lao động		Kết thúc:	

Mô tả các nhiệm vụ quý vị đã thực hiện trong công việc này:

Chức danh	Số giờ mỗi tuần	Tháng và năm Bắt đầu:	Tại sao quý vị lại nghỉ việc?
Người sử dụng lao động		Kết thúc:	

Mô tả các nhiệm vụ quý vị đã thực hiện trong công việc này:

Chức danh	Số giờ mỗi tuần	Tháng và năm Bắt đầu: Kết thúc:	Tại sao quý vị lại nghỉ việc?
Người sử dụng lao động			
Mô tả các nhiệm vụ quý vị đã thực hiện trong công việc này:			
Chức danh	Số giờ mỗi tuần	Tháng và năm Bắt đầu: Kết thúc:	Tại sao quý vị lại nghỉ việc?
Người sử dụng lao động			
Mô tả các nhiệm vụ quý vị đã thực hiện trong công việc này:			
3. Quý vị có sở thích hoặc kinh nghiệm tình nguyện nào không? Nếu có, hãy mô tả kinh nghiệm của quý vị dưới đây:			
Nếu có người phiên dịch hoặc giúp quý vị điền mẫu đơn này, vui lòng ghi tên và mối quan hệ của họ với quý vị tại đây:			
<p>Tôi xin cam đoan với hình phạt của tội khai man rằng các thông tin tôi cung cấp trong Bảng Khai Về Y Tế, Học Vấn Và Việc Làm này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng Department of Social and Health Services (Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh) có thể yêu cầu tôi cung cấp bằng chứng cho các khai báo của tôi.</p>			
Chữ Ký Thân Chủ		Ngày	