

မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ အစီရင်ခံချက်

Disability Report

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု ဆုံးဖြတ်ချက်

DSHS 14-144A

မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ အစီရင်ခံချက် လျှောက်လွှာဖောင် DSHS 14-144A သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုအား ဆုံးဖြတ်ရာတွင် မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်မှု ဌာနခွဲ (DDDS) မှ အသုံးပြုရန်အတွက် လိုအပ်သော အမှုသည်၏ မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သက်သေအထောက်အထားနှင့် လုပ်ငန်းနှောကပ်ခံသမိုင်း အစရှိသည်တို့နှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို စုဆောင်းသည်။

လူမှုရေး ဝန်ဆောင်မှု အထူးကျွမ်းကျင်ပညာရှင် (SSS) သို့မဟုတ် ငွေကြေးစီမံမှုအပိုင်း ဝန်ဆောင်မှု အထူးကျွမ်းကျင်ပညာရှင် (FSS) မှ DSHS 14-144A အား အစပြုဆောင်ရွက်သည်။ SSS သို့မဟုတ် FSS အနေနှင့် ရပ်ရွာအဖွဲ့အစည်း ဝန်ဆောင်မှု ရုံးခန်း (CSO) နှင့် တယ်လီဖုန်းနံပါတ်အား လျှောက်လွှာဖောင်ပေါ်တွင် မှတ်သားဖော်ပြထားကြောင်း သေချာအောင် ဆောင်ရွက်သင့်ပေသည်။ တောင်းဆိုထားသော မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်သည် ဂရုစိုက်ပေးခြင်းမရှိသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု (NGMA) သို့မဟုတ် မသန်စွမ်း အလုပ်သမားများအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု (HWD) အတွက်ဖြစ်ကြောင်း ဖော်ပြရန်မှာ သင့်တော်ရာ သေတ္တာကွက်အား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပေးပါ။ ပြီးပြည့်စုံသော လျှောက်လွှာဖောင်အား မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက် ဖိုင်တွဲထုပ်သို့ ပေါင်းထည့်ပေးပါ။

1. အမှုသည်၏ အမည်၊ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) နှင့် မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေတို့အား ဖော်ပြရန်မှာ SSS သို့မဟုတ် FSS သည် ခေါင်းစည်းပိုင်းအား ဖြည့်စွက်ရပေမည်။
2. SSS သို့မဟုတ် FSS သည် အပိုင်း 1 - သင့်အခြေအနေအကြောင်း အချက်အလက်များ အား ဖြည့်စွက်ရန် အမှုသည်အား အကူအညီပေးကောင်းပေးမည် ဖြစ်သည်။ နေ့စွဲများ အတိအကျဖြစ်ရန် မလိုအပ်သော်လည်း လ နှင့် ခုနစ်မှာမူ ကိုက်ညီသင့်ပေသည်။
3. SSS သို့မဟုတ် FSS သည် အပိုင်း 2 - သင့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ အား ဖြည့်စွက်ရန် အမှုသည်အား အကူအညီပေးကောင်းပေးမည် ဖြစ်သည်။ သမားတော်များ နှင့် ကုသမှုအရင်းအမြစ်များအား ဖြစ်နိုင်သမျှ ပြီးပြည့်စုံစွာ ဖော်ပြရန် အရေးကြီးပေသည်။
4. SSS သို့မဟုတ် FSS သည် အပိုင်း 3 - သင့်လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုများနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ အား ဖြည့်စွက်ရန် အမှုသည်အား အကူအညီပေးကောင်းပေးမည် ဖြစ်သည်။ SSS သို့မဟုတ် FSS အနေနှင့် အမှုသည်၏ ကန့်သတ်ချက်အခြေအနေများအား ရှင်းလင်းတိကျစွာ ဖော်ပြထားကြောင်း သေချာအောင်ဆောင်ရွက်ရန်မှာ အချက်အလက်များအား ပြန်လည်ကြည့်ရှုစစ်ဆေးသင့်ပေသည်။
5. SSS သို့မဟုတ် FSS သည် အပိုင်း 4 - သင့် ပညာရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ အား ဖြည့်စွက်ရန် အမှုသည်အား အကူအညီပေးကောင်းပေးမည် ဖြစ်သည်။ စာသင်ကျောင်း အတန်းများသည် အထူးပညာရေးအတန်းများ ဟုတ်၊မဟုတ် ဖော်ပြထားသင့်ပေသည်။
6. SSS သို့မဟုတ် FSS သည် အပိုင်း 5 - သင့် ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့်အလုပ်နှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ အား ဖြည့်စွက်ရန် အမှုသည်အား အကူအညီပေးကောင်းပေးမည် ဖြစ်သည်။ အလုပ်ရှင် တစ်ဦးချင်းစီအား စာရင်းပြုဖော်ပြထားဖို့ မလိုပေ။ လုပ်ငန်း အမျိုးအစားကိုသာလျှင် ဖော်ပြသင့်ပေသည်။
7. SSS သို့မဟုတ် FSS သည် အပိုင်း 6 - မှတ်ချက်များ အိုင်တမ် 1 အား ဖြည့်စွက်ရန် အမှုသည်အား အကူအညီပေးကောင်းပေးမည် ဖြစ်သည်။ အိုင်တမ် 2 မှ 6 အထိအား SSS သို့မဟုတ် FSS မှ ဖြည့်စွက်ပေးရမည် ဖြစ်သည်။

မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ အစီရင်ခံချက်
Disability Report
ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု ဆုံးဖြတ်ချက်

ဖော်ပြပါအတွက် တောင်းဆိုချက် ဖြစ်သည် -
 ဂရုန့်ပေးအပ်ခြင်းမရှိသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု (NGMA)
 မသန်စွမ်း လုပ်သားများအတွက် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု (HWD)

တောင်းဆိုသူ သို့မဟုတ် တောင်းဆိုသူ၏ ကိုယ်စားလှယ်နှင့်အတူ အင်တာဗျူးမေးမြန်းစဉ်အတွင်း ဤလျှောက်လွှာဖောင်အား DSHS လူမှုရေး ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ငွေကြေးစီမံမှုပိုင်းဆိုင်ရာ လုပ်သားတစ်ဦးမှ ဖြည့်စွက်ထားခြင်း ဖြစ်သည်။ **ကျေးဇူးပြုပြီး အိုင်တမ်များ အားလုံးအား ရှင်းလင်းစွာ ပုံနှိပ်၊ စာရိုက် သို့မဟုတ် ရေးသားပြီး သင် တတ်စွမ်းနိုင်သမျှ အကောင်းဆုံး ဖြေကြားပေးပါ။ မေးခွန်းများ အားလုံးအား ဖြေကြားပေးပါ။ ပြီးပြည့်စုံသော ဖြေကြားချက်များသည် တောင်းဆိုချက်အား လုပ်ငန်းစဉ်ဆောင်ရွက်ရာတွင် အထောက်အကူပြုပေးသည်။ လျှောက်လွှာဖောင်ရှိ မေးခွန်းတစ်စုံတစ်ရာအား ဖြေကြားရန် နေရာပိုလိုအပ်ပါက အပိုင်း 6 သို့မဟုတ် နောက်ဆက်တွဲ I စာရွက်များသို့ သွားရောက်ပါ။**

1. တောင်းဆိုသူ၏ အမည် / အခြားအမည်	2. လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	3. တယ်လီဖုန်း နံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
4. တတိယပါတီအဖွဲ့အမည် ဆက်သွယ်လိပ်စာအချက်အလက်များ နေရပ်လိပ်စာ		တယ်လီဖုန်း နံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
5. သင်၏ မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ အခြေအနေမှာ မည်သို့နည်း။ သင့်အား အလုပ်လုပ်ရန် အဟန့်အတားဖြစ်စေသည့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိမှု သို့မဟုတ် နာမကျန်းဖြစ်မှုအကြောင်း အကျဉ်းချုပ် ရှင်းလင်းဖော်ပြပါ။		

အပိုင်း 1။ သင့်အခြေအနေအကြောင်း အချက်အလက်များ

1. သင်၏ ရောဂါအခြေအနေအကြောင့် သင် ပထမဆုံး အနောက်အယုတ်ဖြစ်ခဲ့ရသည့် နေ့စွဲအား ဖော်ပြပါ။ _____	လ၊ နေ့ရက်၊ ခုနှစ်	ဟုတ်	မဟုတ်
2A. အထက်ပါ အိုင်တမ် 1 တွင် ဖော်ပြထားသည့် နေ့စွဲပြီးနောက်ပိုင်း သင် အလုပ်လုပ်ခဲ့ပါသေးသလား။ အကယ်၍ သင် မဟုတ် ဟု ဖြေကြားထားလျှင် အောက်ပါ 3A နှင့် 3B သို့ သွားရောက်ပါ။		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2B. အကယ်၍ 2A တွင် သင် ဟုတ် ဟု ဖြေကြားခဲ့လျှင် သင်၏ အခြေအနေသည် အောက်ဖော်ပြပါတို့တွင် သင့်အား အပြောင်းအလဲ ဖြစ်စေခဲ့ပါသလား - သင့် အလုပ် သို့မဟုတ် အလုပ်တာဝန်များ။		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
သင်၏ အလုပ်လုပ်ချိန် နာရီများ။		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
သင်၏ အလုပ်တက်ရောက်မှု။		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
သင်၏ အလုပ်နှင့်ပတ်သက်သည့် အခြားတစ်စုံတစ်ရာ။		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C. အကယ်၍ 2B မှ မည်သည့်အိုင်တမ်မဆိုတွင် သင်မှ ဟုတ် ဟု ဖြေကြားထားခဲ့လျှင် သင့်အလုပ်အခြေအနေများတွင် ဖြစ်ပေါ်ခဲ့သည့် အပြောင်းအလဲများ၊ ၎င်းတို့ ဖြစ်ပွားခဲ့သည့် နေ့စွဲများ၊ နှင့် သင်၏ အခြေအနေသည် ဤအပြောင်းအလဲများအား မည်သို့ ဖြစ်ပေါ်စေခဲ့ကြောင်း အစရှိသည်တို့ကို ရှင်းလင်းဖော်ပြပါ -			
3A. သင်၏ အခြေအနေအကြောင့် နောက်ဆုံးတွင် သင် အလုပ်ဆောင်ရွက်မှု ရပ်စဲခဲ့ရသည့် အချိန်အား ဖော်ပြပါ။ _____	လ၊ နေ့ရက်၊ ခုနှစ်		
3B. ယခု သင်၏ အခြေအနေသည် သင့်အား အလုပ်မှ မည်သို့ အဟန့်အတားဖြစ်စေကြောင်း ရှင်းလင်းဖော်ပြပါ -			

အပိုင်း 2။ သင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ

1. သင်၏ မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေနှင့်ပတ်သက်ပြီး နောက်ဆုံးရ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ ရှိသည့် ဆရာဝန်၏အကြောင်း အောက်ပါအချက်အလက်များအား ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ -	<input type="checkbox"/> သင့် မသန်စွမ်းမှုအခြေအနေအတွက် ဆရာဝန်တစ်ဦးဖြင့် သင် တစ်ကြိမ်တစ်ခါမျှ ပြသဖူးခြင်းမရှိလျှင် ဤတွင် စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုပါ။
ဆရာဝန်၏ အမည် / ဆေးပေးခန်း	တယ်လီဖုန်း နံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
နေရပ်လိပ်စာ	ဤဆရာဝန်ဖြင့် သင် ပထမဆုံးအကြိမ် ပြသခဲ့သည့် နေ့စွဲ
သင် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု ရယူခဲ့သည့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု	ဤဆရာဝန်ဖြင့် သင် နောက်ဆုံးအကြိမ် ပြသခဲ့သည့် နေ့စွဲ

လက်ခံရယူသော ကုသမှုသို့မဟုတ် ဆေးဝါး အမျိုးအစား (ဆိုလိုသည်မှာ - ခွဲစိတ်မှု၊ ကီမိုသွင်းခြင်း၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံး၊ နှင့် အကယ်၍ သင် သိရှိလျှင် သင့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် သင် သောက်သုံးခဲ့သော ဆေးဝါးများ။ အကယ်၍ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများ တစ်စုံတစ်ရာမျှ မရှိလျှင် NONE (မရှိ) ဟု ရေးပါ။

2. သင့် မသန်စွမ်းမှု အခြေအနေ စတင်ခဲ့ပြီးနောက်ပိုင်း အခြားသော ဆရာဝန် တစ်ဦးဦးဖြင့် သင် ပြသဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်မှန်လျှင် အောက်ပါတို့အား ဖြေကြားပေးပါ -

ဆရာဝန်၏ အမည် / ဆေးပေးခန်း	တယ်လီဖုန်း နံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
နေရပ်လိပ်စာ	ဤဆရာဝန်ဖြင့် သင် ပထမဆုံးအကြိမ် ပြသခဲ့သည့် နေ့စွဲ
သင် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု ရယူခဲ့သည့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု	ဤဆရာဝန်ဖြင့် သင် နောက်ဆုံးအကြိမ် ပြသခဲ့သည့် နေ့စွဲ
လက်ခံရယူသော ကုသမှုသို့မဟုတ် ဆေးဝါး အမျိုးအစား (ဆိုလိုသည်မှာ - ခွဲစိတ်မှု၊ ကီမိုသွင်းခြင်း၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံး၊ နှင့် အကယ်၍ သင် သိရှိလျှင် သင့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် သင် သောက်သုံးခဲ့သော ဆေးဝါးများ။ အကယ်၍ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများ တစ်စုံတစ်ရာမျှ မရှိလျှင် <u>NONE</u> (မရှိ) ဟု ချရေးပါ။	

အကယ်၍ သင့် ဖျားနာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိမှု ဖြစ်ပွားပြီးနောက်ပိုင်း နောက်ထပ် ဆရာဝန်များဖြင့် သင် ပြသခဲ့ဖူးလျှင် အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များနှင့်အတူ နောက်ဆက်တွဲ စာမျက်နှာများအား ပူးတွဲပေးပါ။

3. သင့် မသန်စွမ်းမှု အခြေအနေအတွက် ဆေးရုံတစ်ရုံတွင် သင် ကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်မှန်လျှင် အောက်ပါတို့အား ဖြေကြားပေးပါ -

ဆေးရုံ အမည်	တယ်လီဖုန်း နံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
နေရပ်လိပ်စာ	
သင် တက်ရောက်ပြသခဲ့သည့် နေ့စွဲများအား ဖော်ပြပါ။	
သင် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု ရယူခဲ့သည့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု	
လက်ခံရယူသော ကုသမှုသို့မဟုတ် ဆေးဝါး အမျိုးအစား (ဆိုလိုသည်မှာ - ခွဲစိတ်မှု၊ ကီမိုသွင်းခြင်း၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံး၊ နှင့် အကယ်၍ သင် သိရှိလျှင် သင့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် သင် သောက်သုံးခဲ့သော ဆေးဝါးများ။ အကယ်၍ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများ တစ်စုံတစ်ရာမျှ မရှိလျှင် <u>NONE</u> (မရှိ) ဟု ချရေးပါ။	

4. သင်၏ နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် အခြားသော ဆေးရုံများတွင် သင် တက်ရောက်ခဲ့ဖူးလျှင် အောက်ပါတို့အား ဖြေကြားပေးပါ -

ဆေးရုံ အမည်	တယ်လီဖုန်း နံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)
နေရပ်လိပ်စာ	
သင် တက်ရောက်ပြသခဲ့သည့် နေ့စွဲများအား ဖော်ပြပါ။	
သင် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု ရယူခဲ့သည့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု	
လက်ခံရယူသော ကုသမှုသို့မဟုတ် ဆေးဝါး အမျိုးအစား (ဆိုလိုသည်မှာ - ခွဲစိတ်မှု၊ ကီမိုသွင်းခြင်း၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံး၊ နှင့် အကယ်၍ သင် သိရှိလျှင် သင့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် သင် သောက်သုံးခဲ့သော ဆေးဝါးများ။ အကယ်၍ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများ တစ်စုံတစ်ရာမျှ မရှိလျှင် <u>NONE</u> (မရှိ) ဟု ချရေးပါ။	

သင့် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် အခြားသော ဆေးရုံများ သို့မဟုတ် ဆေးပေးခန်းများတွင် သင် တက်ရောက်ခဲ့ဖူးလျှင် အမည်များ၊ နေ့စွဲများ နှင့် အကြောင်းအရင်းများအား အပိုင်း 6 တွင် သို့မဟုတ် ပူးတွဲ နောက်ဆက်တွဲ စာမျက်နှာများတွင် စာရင်းပြုဖော်ပြပေးပါ။

5. လွန်ခဲ့သောနှစ်တွင် အောက်ဖော်ပြပါ စစ်ဆေးမှုများ တစ်စုံတစ်ရာအား သင် ရယူခဲ့ဖူးပါသလား။ အောက်ဖော်ပြပါ သင့်တော်ရာ သေတ္တာကွက်တွင် စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုလုပ်ပြီး အကယ်၍ သင့် အဖြေမှာ "ဟုတ်" ဖြစ်လျှင် စစ်ဆေးမှု ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့် နေရာ နှင့် အချိန်အား ဖော်ပြပါ။

စစ်ဆေးမှု	ဟုတ်	မဟုတ်	ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့် နေရာ	ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့် အချိန်
အီလက်ထရို ကာဒီယိုဂရမ်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ရင်ဘက် ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
အခြားသောနေရာ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း (အမျိုးအစားအား အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ) -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
အသက်ရှူသွင်း၊ ရှုထုတ်မှုဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

သွေးစစ်ဆေးမှုများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
အခြားသော (အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ) -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

အပိုင်း 3။ ဆေးဝါး စာရင်း

ဆေးဝါး အမည်	ဆေးညွှန်းပေးသူ (ဆရာဝန်၏ အမည်)	ဆေးဝါး သုံးစွဲရသည့် အကြောင်းအရင်း

သင်သည် ဆေးဝါးများ ပိုမိုများစွာ သုံးစွဲရလျှင် အထက်ပါ အချက်အလက်များနှင့်အတူ နောက်ဆက်တွဲ စာမျက်နှာများအား ပူးတွဲပေးပါ။

အပိုင်း 4။ သင့် ပညာရေးနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ

1. သင် ပြီးမြောက်အောင်မြင်ခဲ့သည့် အမြင့်ဆုံး ပညာရေးအဆင့်အား ဖော်ပြပါ။ _____ မည်သည့်နှစ်တွင်နည်း။ _____
2. သင် ကုန်ရောင်းကုန်ဝယ် ဆောင်ရွက်ဖူးပါသလား။ သို့မဟုတ် သက်မွေးပညာသင်ကျောင်း သို့မဟုတ် အခြားသော အထူး ထရီနီနှင့်သင်တန်းတစ်ခုခု တက်ရောက်ခဲ့ဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်မှန်လျှင် အောက်ပါတို့အား ဖြေကြားပေးပါ -

ကုန်ရောင်းကုန်ဝယ် သို့မဟုတ် သက်မွေးပညာသင်ကျောင်း သို့မဟုတ် ထရီနီနှင့်သင်တန်း အမျိုးအစား	သင် တက်ရောက်ခဲ့သော ခန့်မှန်း အနီးစပ်ဆုံး နေ့စွဲများ
---	---

သင် ဆောင်ရွက်သော အလုပ်တွင် ဤပညာသင်ကြားမှု သို့မဟုတ် ထရီနီနှင့်သင်တန်းအား မည်သို့ အသုံးပြုခဲ့ကြောင်း

အကယ်၍ အမှုသည်သည် ကျောင်းတက်ရောက်နေဆဲဖြစ်လျှင် ကျေးဇူးပြုပြီး အောက်ပါတို့အား ဖော်ပြပေးပါ။

ကျောင်း အမည်၊ လိပ်စာ၊ နှင့် ဖုန်းနံပါတ်

ဆရာဖြစ်သူ၏ အမည်

အပိုင်း 5။ သင် ဆောင်ရွက်ခဲ့သော အလုပ်နှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ

သင် အလုပ်လုပ်ကိုင်မှု မရပ်တန့်မီ လွန်ခဲ့သော 15 နှစ်အတွင်း သင် လုပ်ကိုင်ခဲ့ဖူးသည့် အလုပ်အကိုင်များ အားလုံးအား စာရင်းပြုဖော်ပြပေးပါ။ သင်၏ ပုံမှန်အလုပ်ကိုင်ဖြင့် စတင်ဖော်ပြပါ။ ဆိုလိုသည်မှာ သင် အကြာရှည်ဆုံး လုပ်ကိုင်ခဲ့သည့် အလုပ် အမျိုးအစား။ သင်၏ ပညာရေးသည် ဂရိတ် 6 တန်း သို့မဟုတ် ၎င်းအောက် ဖြစ်ပြီး၊ ပင်ပန်းလေးလံသည့် ကျွမ်းကျင်မှုမဟုတ်သော လုပ်အားစိုက်ထုတ်ရသည့် အလုပ်ကြမ်းကိုသာလျှင် 35 နှစ် သို့မဟုတ် ၎င်းမက လုပ်ကိုင်ခဲ့ရလျှင် သင် စတင်အလုပ်လုပ်ကိုင်ခဲ့ချိန်ကစပြီး သင် ဆောင်ရွက်ခဲ့ဖူးသည့် အလုပ်အကိုင်များ အားလုံးအား စာရင်းပြုဖော်ပြပါ။ အကယ်၍ သင် နေရာလွတ်ပိုမို လိုအပ်လျှင် နောက်ဆက်တွဲစာမျက်နှာများအား ပူးတွဲပေးပါ သို့မဟုတ် အပိုင်း 6 အား အသုံးပြုပါ။

အလုပ် ရာထူး	လုပ်ငန်း အမျိုးအစား	မှ	အထိ	တစ်ပတ်လျှင် ရက်	လုပ်ခနုန်းထား (နာရီပိုင်းအလိုက်၊ နေ့စား၊ အပတ်စဉ်၊ လစဉ် သို့မဟုတ် နှစ်စဉ်)

2A. သင်၏ အထက်ဖော်ပြပါ စာရင်းပြုဖော်ပြထားသည့် ပုံမှန် အလုပ်အကိုင်တွင် သင်သည် - ဟုတ် မဟုတ်
 စက်ယန္တရားများ၊ ကိရိယာများ သို့မဟုတ် ပစ္စည်းအမျိုးအစား တစ်စုံတစ်ရာအား အသုံးပြုခဲ့ပါသလား။
 နည်းပညာဆိုင်ရာ ဗဟုသုတ သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်မှုများအား အသုံးပြုခဲ့ပါသလား။
 စာရေးသားခြင်း၊ အစီရင်ခံချက်များ ဖြည့်စွက်ခြင်း သို့မဟုတ် အလားတူ တာဝန်များအား ဆောင်ရွက်ရပါသလား။
 ကြီးကြပ်မှုအပိုင်း တာဝန်ယူမှုများ ရှိပါသလား -

2B. ဖော်ပြပါတို့အား အပြည့်အဝ ရှင်းလင်းဖော်ပြခြင်းအားဖြင့် ဟုတ်မှန်သည်ဟု ဖြေဆိုထားသော အဖြေများအား အားလုံးအား ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ -
 သင် အသုံးပြုခဲ့သော စက်ယန္တရား၊ ကိရိယာ သို့မဟုတ် ပစ္စည်း အမျိုးအစားများ နှင့် သင် ဆောင်ရွက်ခဲ့သော စီမံလည်ပတ်မှု အတိအကျ၊
 သက်ဆိုင်ရာ နည်းပညာပိုင်း ဗဟုသုတ သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်မှုများ၊ သင် ဆောင်ရွက်ခဲ့သော ရေးသားမှု အမျိုးအစား၊ နှင့် အစီရင်ခံချက်များ
 တစ်စုံတစ်ရာ၏ သဘောသဘာဝ၊ နှင့် သင် ကြီးကြပ်ရသော လူဦးရေ အရေအတွက် နှင့် သင် ကြီးကြပ်ရသော အတိုင်းအတာပမာဏ။

2C. အောက်တွင် အသင့်တော်ဆုံး အဖြေအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုခြင်းအားဖြင့် ပုံမှန် နေ့တစ်နေ့အတွင်း သက်ဆိုင်ရာ သင့် ပုံမှန်အလုပ်မှ
 ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှု အမျိုးအစား နှင့် အတိုင်းအတာပမာဏအကြောင်း ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ။

- သင်သည် တစ်နေ့တွင် နာရီမည်မျှ -လမ်းလျှောက်ခဲ့ပါသနည်း။ 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 မတ်တပ်ရပ်ခဲ့ပါသနည်း။ 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 ထိုင်နေခဲ့ပါသနည်း။ 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- သင်သည် တစ်နေ့တွင် ကြိမ်ရည်မည်မျှ -ကုန်းကွေးရပါသနည်း။ တစ်ကြိမ်တစ်ခါမျှ ရံဖန်ရံခါ မကြာခဏ အချိန်တိုင်းလိုလို
 လှမ်းဆန်ခြင်းများပြုလုပ်ရပါသနည်း။ တစ်ကြိမ်တစ်ခါမျှ ရံဖန်ရံခါ မကြာခဏ အချိန်တိုင်းလိုလို

တင်မခြင်း နှင့် သယ်ဆောင်ခြင်း - မည်သည့်အရာအား တင်မခဲ့ပြီး၊ ၎င်းအား မည်မျှ အကွာအဝေးအထိ သယ်ဆောင်ခဲ့ကြောင်း ဖော်ပြပါ -
 သင် တင်မခဲ့ရသည့် အရာများတွင် အလေးချိန် အလေးလံဆုံးအရာအား ဖော်ပြပါ။
 10 ပေါင် 20 ပေါင် 50 ပေါင် 100 ပေါင် 100 ပေါင် အထက်။

သင် မကြာခဏ တင်မ သို့မဟုတ် သယ်ဆောင်ရသည့် အလေးချိန်အား ဖော်ပြပါ။
 10 ပေါင်အထိ 25 ပေါင်အထိ 50 ပေါင်အထိ 100 ပေါင်အထိ

အပိုင်း 6။ မှတ်ချက်များ

1. ပြီးခဲ့သည့် မေးခွန်းများအား ဖြေဆိုရာတွင် နေရာလွတ် နောက်ထပ် လိုအပ်ပါက ဤအပိုင်းအား အသုံးပြုပါ။ ထို့ပြင် သင့် မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ
 တောင်းဆိုချက်တွင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်ရာ၌ အထောက်အကူဖြစ်စေလိမ့်မည်ဟု သင် ယူဆသော နောက်ဆက်တွဲ အချက်အလက်များ မှန်သမျှအား
 ပေးအပ်ရန် ဤနေရာအား အသုံးပြုပါ (ဥပမာ - ယခင် စာရင်းပြုဖော်ပြထားခြင်း မရှိသည့် အခြားသော နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ်
 ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိမှုနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ)။

အင်တာဗျူးမေးမြန်းသူမှ ဖြည့်စွက်ရန်

2. တောင်းဆိုသူသည် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ပြောဆိုပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ မပြောဆိုလျှင် သူ/သူမသည်
 မည်သည့်ဘာသာစကားအား ပြောဆိုပါသနည်း -
3. တောင်းဆိုသူသည် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ တောင်းဆိုချက်အား ဆောင်ရွက်ရာ၌ အကူအညီ လိုအပ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ လိုအပ်သည်မှာ ဟုတ်မှန်လျှင် စာမျက်နှာ 1 မှ တတိယပါတီအဖွဲ့ ဆက်သွယ်လိမ့်စာ အချက်အလက်များအား ဖြည့်စွက်ပေးပါ။
4. တောင်းဆိုသူနှင့် အင်တာဗျူးမေးမြန်းနေစဉ် အောက်ပါတို့၌ အခက်အခဲတစ်စုံတစ်ရာအား လေ့လာတွေ့ ရှိခြင်း ရှိမရှိ စစ်ဆေးဖော်ပြပေးပါ။
 စာဖတ်သားခြင်း စာရေးသားခြင်း မေးခွန်းများ ဖြေကြားခြင်း နားထောင်ခြင်း
 ထိုင်ခြင်း နားလည်သဘောပေါက်ခြင်း လက်များ အသုံးပြုခြင်း အသက်ရှူခြင်း
 ကြည့်ရှုခြင်း လမ်းလျှောက်ခြင်း အခြားသော (အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ) -
 တစ်စုံတစ်ရာမျှ လေ့လာတွေ့ ရှိခြင်း မရှိပေ
- အကယ်၍ အထက်ပါအိုင်တမ်များမှ တစ်စုံတစ်ရာအား စစ်ဆေးအမှတ်အသားပြုထားလျှင် သက်ဆိုင်ရာ ခက်ခဲမှုအခြေအနေ အတိအကျအား
 ဖော်ပြပေးပါ -

5. စောင့်ဆိုင်းနေသော / လက်ရှိ ABD အကဲဖြတ်သုံးသပ်ချက်များ တစ်စုံတစ်ရာ ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ နေ့စွဲ - _____

စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး၊ နေ့စွဲ - _____

6. တောင်းဆိုသူအကြောင်း အပြည့်အဝ ရှင်းလင်းဖော်ပြပါ (ဥပမာ - အထွေထွေ ခန္ဓာဖွဲ့စည်းပုံ၊ အရပ်အမြင့်၊ ကိုယ်အလေးချိန်၊ အပြုအမူ၊ အထက်ပါ မှတ်ချက်များအား တွန်းအားပေး သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်ပံ့ပိုးပေးသည့် အခြားသော အခက်အခဲ တစ်စုံတစ်ရာ) -

အင်တာဗျူးမေးမြန်းသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	အင်တာဗျူးမေးမြန်းသူ၏ အမည် (စာရိုက် သို့မဟုတ် ပုံနှိပ်)
အင်တာဗျူးမေးမြန်းသူ၏ တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (နှင့် ဧရိယာကုဒ်)		ရပ်ရွာအဖွဲ့အစည်း ဝန်ဆောင်မှု ရုံး