

ໃບລາຍງານຄວາມເສຍອົງຄະ

Disability Report

ຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບຄວາມເສຍອົງຄະທາງພະຍາບານ

DSHS 14-144A

ໃບຟອມລາຍງານຄວາມເສຍອົງຄະ, **DSHS 14-144A**, ແກ້ບກຳເນີນໂຮມເອົາຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຄວາມເສຍອົງຄະຂອງລູກຄ້າ, ຫລັກຖານດ້ານພະຍາບານ, ແລະ ປະວັດວຽກງານເພື່ອເອົາມາໃຊ້ໂດຍຜະແນກພິຈາະນາເບິ່ງຄວາມເສຍອົງຄະ (DDDS) ໃນການພິຈາະນາເບິ່ງຄວາມເສຍອົງຄະທາງພະຍາບານ.

ຜູ້ຊ່ຽວຊານການບໍລິການສັງຄົມ (SSS) ຫລື ຜູ້ຊ່ຽວຊານການບໍລິການດ້ານການເງິນ (FSS) ເລີ່ມຕົ້ນຂຽນປະກອບໃບຟອມ **DSHS 14-144A**. SSS ຫລື FSS ຄວນຈະໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຫ້ອງການບໍລິການຄຸມນຸມຊົນ (CSO), ແລະ ເລກໂທຣະສັບໄດ້ຖືກຂຽນໃສ່ໃນໃບຟອມ. ຫມາຍໃສ່ບ່ອນທີ່ເຫມາະສົມເພື່ອຈະຊີ້ບອກວ່າຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບຄວາມເສຍອົງຄະທີ່ຖືກຂໍເອົາແມ່ນສໍາລັບການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານທີ່ບໍ່ມີເງິນຕົດມານໍາ (NGMA) ຫລື ການປົວສຸຂະພາບສໍາລັບຄົນງານທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະ (HWD) ຕົ້ນໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໃສ່ນໍາອຸດເອກສານຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບຄວາມເສຍອົງຄະ.

1. SSS ຫລື FSS ຂຽນປະກອບຫົວຂໍ້ເພື່ອຈະຊີ້ບອກຊື່, ເລກປະກັນພັຍສັງຄົມ (SSN), ແລະ ສະພາບເສຍອົງຄະຂອງລູກຄ້າ.
2. SSS ຫລື FSS ອາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າທີ່ຈະຂຽນປະກອບ ພາກທີ 1 - ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສະພາບຂອງທ່ານ. ວັນທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງແມ່ນແນ່ນອນ, ແຕ່ວ່າຄວນຈະບອກເດືອນ ແລະ ປີ.
3. SSS ຫລື FSS ອາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າທີ່ຈະຂຽນປະກອບ ພາກທີ 2 - ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບບັນທຶກພະຍາບານຂອງທ່ານ. ມັນສໍາຄັນທີ່ຈະຊີ້ບອກທ່ານໜ້ອຍ ແລະ ບ່ອນປົວຢ່າງຄົບຖ້ວນເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.
4. SSS ຫລື FSS ອາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າທີ່ຈະຂຽນປະກອບ ພາກທີ 3 - ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບກິດຈະການເຄື່ອນໄຫວຂອງທ່ານ. SSS ຫລື FSS ຄວນຈະກວດເບິ່ງຮາຍຮະອຽດຄືນເພື່ອຈະຮັບປະກັນວ່າຂອບເຂດຈໍາກັດຂອງລູກຄ້າໄດ້ຖືກຊີ້ບອກຢ່າງແຈ້ງ.
5. SSS ຫລື FSS ອາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າທີ່ຈະຂຽນປະກອບ ພາກທີ 4 - ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການສຶກສາຂອງທ່ານ. ມັນຄວນຈະຖືກປັນທຶກໄວ້ວ່າຫ້ອງຮຽນເປັນຫ້ອງຮຽນການສຶກສາພິເສດ ຫລື ບໍ່.
6. SSS ຫລື FSS ອາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າທີ່ຈະຂຽນປະກອບ ພາກທີ 5 – ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບວຽກງານທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດມາ. ນາຍຈ້າງສ່ວນບຸກຄົນບໍ່ຄວນຈະຖືກຂຽນລົງໄປ, ມີແຕ່ຊະນິດຂອງກິດຈະການຄ້າເທົ່ານັ້ນ.
7. SSS ຫລື FSS ອາດຈະຊ່ວຍລູກຄ້າທີ່ຈະຂຽນປະກອບ ຂໍ້ 1 ພາກທີ 6 - ຫມາຍເຫດ. ຂໍ້ 2 ຮອດ ຂໍ້ 6 ຈະຖືກຂຽນປະກອບໂດຍ SSS ຫລື FSS.

ໃບລາຍງານຄວາມເສຍອົງຄະ Disability Report

ຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບຄວາມເສຍອົງຄະທາງພະຍາບານ

ຄໍາຮ້ອງຂໍແມ່ນສໍາລັບ:

ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານທີ່ບໍ່ມີເງິນຕົດມານໍາ (NGMA)

ການປຶ້ມປົວສຸຂະພາບສໍາລັບຄົນງານທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະ (HWD)

ຟອມໃບນີ້ຈະຖືກຂຽນປະກອບໂດຍພະນັກງານສັງຄົມໃນອະໄວຍາກສໍາພາດນໍາຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ. ກະຊວງຂຽນເປັນຕົວ, ຕີພິມ, ຫລື ຂຽນຢ່າງ ແຈ້ງ ແລະ ຕອບທຸກໆຂໍ້ອີງຕາມຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ດີທີ່ສຸດ. ຕອບຄໍາຖາມທຸກໆຂໍ້. ຄໍາຕອບທີ່ຄົບຖ້ວນຈະຊ່ວຍດໍາເນີນຄໍາຮ້ອງຂໍ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການ ບ່ອນວ່າງເພີ່ມເຕີມເພື່ອຈະຕອບຄໍາຖາມອັນໃດອັນນຶ່ງຢູ່ໃນໃບຟອມ, ໄປຫາພາກທີ 6 ຫລື ຄັດເຈ້ຽມນໍາ.

1. ຊື່/ຊື່ຫລິ້ນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	2. ເລກປະກັນພັຍສັງຄົມ	3. ເລກໂທລະສັບ (ແລະ ແອເຣັຽໂຄດ)
4. ການຕິດຕໍ່ນໍາຝ່າຍທີສາມ ຊື່ _____ ທີ່ຢູ່ _____		ເລກໂທລະສັບ (ແລະແອເຣັຽໂຄດ)
5. ສະພາບເສຍອົງຄະຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ? ອະທິບາຍໂດຍຫຍໍ້ກ່ຽວກັບການບາດເຈັບ ຫລື ການເຈັບປ່ວຍທີ່ກິດກັນທ່ານຈາກການເຮັດວຽກ.		

ພາກທີ 1 - ຮາຍອະນຸດກ່ຽວກັບສະພາບຂອງທ່ານ

1. ວັນທີ່ສະພາບຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນລົບກວນທ່ານແມ່ນວັນທີໃດ? _____ ເດືອນ _____ ວັນ _____ ປີ _____

2A. ທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກຫລັງຈາກວັນທີ່ຂຽນຢູ່ຂໍ້ 1 ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່? ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ **ບໍ່**, ໄປຫາຂໍ້ 3A ແລະ 3B. ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

2B. ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ **ແມ່ນ** ໃສ່ຂໍ້ 2A, ສະພາບຂອງທ່ານໄດ້ເຮັດໃຫ້ທ່ານທີ່ຈະປ່ຽນ: ວຽກງານ ຫລື ຫນ້າທີ່ວຽກງານຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ການໄປເຮັດວຽກຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ແນວໃດແນວນຶ່ງອີກກ່ຽວກັບວຽກງານຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

2C. ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ **ແມ່ນ** ໃສ່ຂໍ້ໃດຂໍ້ນຶ່ງຢູ່ໃນ 2B, ອະທິບາຍວ່າການປ່ຽນແປງຢູ່ໃນສະພາບການວຽກງານຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງແດ່, ວັນທີ່ມັນໄດ້ເກີດຂຶ້ນ, ແລະ ສະພາບຂອງທ່ານເຮັດໃຫ້ການປ່ຽນແປງເຫລົ່ານີ້ຈໍາເປັນໄດ້ແນວໃດ:

3A. ສະພາບຂອງທ່ານໃນສຸດທ້າຍມາໄດ້ເຮັດໃຫ້ທ່ານຢຸດເຮັດວຽກເມື່ອໃດ? _____ ເດືອນ _____ ວັນ _____ ປີ _____

3B. ອະທິບາຍວ່າສະພາບຂອງທ່ານດຽວນີ້ກິດກັນທ່ານຈາກການເຮັດວຽກຢ່າງໃດ:

ພາກທີ 2 - ຮາຍອະນຸດກ່ຽວກັບບັນຫີກພະຍາບານຂອງທ່ານ

1. ຂຽນຮາຍອະນຸດຕໍ່ລົງໄປນີ້ກ່ຽວກັບທ່ານຫມໍ່ຜູ້ທີ່ມີບັນຫີກພະຍາບານອັນສຸດທ້າຍຫມໍ່ກ່ຽວກັບສະພາບເສຍອົງຄະຂອງທ່ານ: ຫມາຍໃສ່ບ່ອນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຄີຍ ພົບທ່ານຫມໍ່ຈັກເທື່ອສໍາລັບສະພາບເສຍອົງຄະຂອງທ່ານ.

ຊື່ຂອງທ່ານຫມໍ່/ຄລິນິກ _____ ເລກໂທລະສັບ (ແລະ ແອເຣັຽໂຄດ) _____

ທີ່ຢູ່ _____ ວັນທີ່ທ່ານໄດ້ພົບທ່ານຫມໍ່ຄົນນີ້ເທື່ອທໍາອິດ _____

ການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຊຶ່ງທ່ານໄດ້ຮັບການກວດເບິ່ງ ຫລື ການປຶ້ມປົວ _____ ວັນທີ່ທ່ານໄດ້ພົບທ່ານຫມໍ່ຄົນນີ້ເທື່ອສຸດທ້າຍ _____

ຊະນິດຂອງການປຶ້ມປົວ ຫລື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບ (ເຊັ່ນວ່າ, ການຜ່າຕັດ, ຄີໂມເຕຣາປີ, ການໃຊ້ແສງອັນດຽວ, ແລະ ຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ສໍາລັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້ຈັກ. ຖ້າບໍ່ມີການປຶ້ມປົວ ຫລື ຢາ, ຂຽນໃສ່ ບໍ່ມີຫຍັງ.

2. ທ່ານໄດ້ພົບກັບທ່ານຫມໍ່ຄົນອື່ນໃດຄົນນຶ່ງອີກບໍ່ ຕັ້ງແຕ່ສະພາບເສຍອົງຄະຂອງທ່ານໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນ, ຕອບຄໍາຖາມຕໍ່ລົງໄປນີ້:

ຊື່ຂອງທ່ານຫມໍ/ຄລິນິກ	ເລກໂທລະສັບ (ແລະ ແອເຣັຽໂຄດ)			
ທີ່ຢູ່	ວັນທີທີ່ທ່ານພົບທ່ານຫມໍຄົນນີ້ເທື່ອທຳອິດ			
ການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຊຶ່ງທ່ານໄດ້ຮັບການກວດເບິ່ງ ຫລື ການປິ່ນປົວ	ວັນທີທີ່ທ່ານພົບທ່ານຫມໍຄົນນີ້ເທື່ອສຸດທ້າຍ			
ຂະນິດຂອງການປິ່ນປົວ ຫລື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບ (ເຊັ່ນວ່າ, ການຜ່າຕັດ, ຄີໂມເຕຣາປີ, ການໃຊ້ແສງຮັງສີ, ແລະ ຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ສຳລັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້ຈັກ. ຖ້າບໍ່ມີການປິ່ນປົວ ຫລື ຢາ, ຂຽນໃສ່ <u>ບໍ່ມີຫຍັງ</u> .				
ຖ້າທ່ານໄດ້ພົບກັບທ່ານຫມໍຄົນອື່ນອີກຕັ້ງແຕ່ການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບອັນນີ້, ຄັດຫນ້າເຈັຽເພີ່ມເຕີມມານຳຮາຍຮະອຽດຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້.				
3. ທ່ານເຄີຍຖືກປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງພະຍາບານສຳລັບສະພາບເສັຽອົງຄະຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນ, ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ລົງໄປນີ້:				
ຊື່ຂອງໂຮງພະຍາບານ	ເລກໂທລະສັບ (ແລະ ແອເຣັຽໂຄດ)			
ທີ່ຢູ່				
ວັນທີຂອງການຢ້ຽມຢາມຂອງທ່ານແມ່ນວັນທີໃດແດ່?				
ການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຊຶ່ງທ່ານໄດ້ຮັບການກວດເບິ່ງ ຫລື ການປິ່ນປົວ				
ຂະນິດຂອງການປິ່ນປົວ ຫລື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບ (ເຊັ່ນວ່າ, ການຜ່າຕັດ, ຄີໂມເຕຣາປີ, ການໃຊ້ແສງຮັງສີ, ແລະ ຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ສຳລັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້ຈັກ. ຖ້າບໍ່ມີການປິ່ນປົວ ຫລື ຢາ, ຂຽນໃສ່ <u>ບໍ່ມີຫຍັງ</u> .				
4. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຄີຍເຂົ້າໂຮງພະຍາບານບ່ອນອື່ນສຳລັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ລົງໄປນີ້:				
ຊື່ຂອງໂຮງພະຍາບານ	ເລກໂທລະສັບ (ແລະ ແອເຣັຽໂຄດ)			
ທີ່ຢູ່				
ວັນທີຂອງການຢ້ຽມຢາມຂອງທ່ານແມ່ນວັນທີໃດແດ່?				
ການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຊຶ່ງທ່ານໄດ້ຮັບການກວດເບິ່ງ ຫລື ການປິ່ນປົວ				
ຂະນິດຂອງການປິ່ນປົວ ຫລື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບ (ເຊັ່ນວ່າ, ການຜ່າຕັດ, ຄີໂມເຕຣາປີ, ການໃຊ້ແສງຮັງສີ, ແລະ ຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ສຳລັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຖ້າຮູ້ຈັກ. ຖ້າບໍ່ມີການປິ່ນປົວ ຫລື ຢາ, ຂຽນໃສ່ <u>ບໍ່ມີຫຍັງ</u> .				
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຄີຍເຂົ້າໂຮງພະຍາບານ ຫລື ຄລິນິກບ່ອນອື່ນສຳລັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ, ຂຽນຊື່, ວັນທີ ແລະ ເຫດຜົນໃສ່ໃນພາກທີ 6 ຫລື ຄັດຫນ້າເຈັຽເພີ່ມເຕີມມານຳ.				
5. ທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບການກວດພະຍາດຕໍ່ລົງໄປນີ້ແນວໃດແນວນັ້ງໃນປີຜ່ານມາບໍ່? ຫມາຍໃສ່ບອກທີ່ເຫມາະສົມຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແລະ, ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ “ແມ່ນ” ໃຫ້ບອກວ່າການກວດໄດ້ຖືກເຮັດຢູ່ໃສ ແລະ ເມື່ອໃດ.				
ການກວດ	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ເຮັດຢູ່ໃສ	ເຮັດເມື່ອໃດ
ເອເລກໂຕຣຄາດີໂອແກຣມ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ການສ່ອງໄຟຟ້າຫນ້າເອີກ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ການສ່ອງໄຟຟ້າອື່ນໆ (ເຈາະຈົງຂະນິດ) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ການກວດເບິ່ງການຫາຍໃຈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ການກວດເລືອດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ອື່ນໆ (ເຈາະຈົງ) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ພາກທີ 3 - ລາຍຊື່ຢາ

ຊື່ຂອງຢາ	ອອກໃບສັງຊີໂດຍ (ຊື່ຂອງທ່ານໝໍ)	ເຫດຜົນສໍາລັບຢາ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໃຊ້ຢາຫລາຍກວ່ານີ້, ຄັດຫນ້າເຈັຽເພີ່ມເຕີມໃສ່ມານໍາລາຍຮະອຽດຂ້າງເທິງນີ້.

ພາກທີ 4 - ລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການສຶກສາຂອງທ່ານ

1. ຂັ້ນໂຮງຮຽນສູງສຸດທີ່ທ່ານໄດ້ຈົບແມ່ນຂັ້ນໃດ? _____ ປີໃດ? _____

2. ທ່ານໄດ້ໄປເຂົ້າໂຮງຮຽນອາຊີບ ຫລື ການຊ່າງບໍ່ ຫລື ໄດ້ຮັບການຝຶກຝົນພິເສດແນວໃດແນວນັ້ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ ແມ່ນ, ຕອບຄໍາຖາມຕໍ່ລຶງໄປນີ້:

ຂະນິດຂອງໂຮງຮຽນອາຊີບ ຫລື ການຊ່າງ ຫລື ການຝຶກຝົນ	ວັນທີປະມານທີ່ທ່ານໄດ້ເຂົ້າ
---	---------------------------

ການເຂົ້າໂຮງຮຽນ ຫລື ການຝຶກຝົນອັນນີ້ໄດ້ຖືກໃຊ້ແນວໃດຢູ່ໃນວຽກບ່ອນໃດບ່ອນນຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດ?

ຖ້າຫາກວ່າລູກຄ້າກໍາລັງເຂົ້າໂຮງຮຽນຢູ່, ກະລຸນາສິ່ງສິ່ງຕໍ່ລຶງໄປນີ້ມາໃຫ້.

ຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງໂຮງຮຽນ

ຊື່ຂອງນາຍຄູ

ພາກທີ 5 - ລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບວຽກງານທີ່ທ່ານເຮັດຢູ່

ຂຽນລາຍຊື່ຂອງວຽກງານທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດໃນ 15 ປີຜ່ານມາກ່ອນທີ່ທ່ານຢຸດເຮັດວຽກ, ເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍວຽກຕາມປົກກະຕິຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ໝາຍຄວາມວ່າຂະນິດຂອງວຽກທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດດົນນານກວ່າຫມູ່ທີ່ສຸດ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີການສຶກສາທ້ອງ 6 ຫລື ຫນ້ອຍກວ່າ, ແລະ ໄດ້ເຮັດແຕ່ວຽກກັມມະກອນຫນັກທີ່ບໍ່ຕ້ອງໃຊ້ຄວາມຊໍານານເປັນເວລາ 35 ປີ ຫລື ນານກວ່າ, ຂຽນລາຍຊື່ວຽກງານທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດມາຕັ້ງແຕ່ທ່ານເລີ່ມຕົ້ນເຮັດວຽກ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ຄັດເຈັຽເພີ່ມເຕີມມານໍາ ຫລື ໃຊ້ພາກທີ 6 ກໍໄດ້.

ຫນ້າທີ່ວຽກງານ	ຂະນິດຂອງກິຈການຄ້າ	ຕັ້ງແຕ່	ໄປເຖິງ	ວັນຕໍ່ອາທິດ	ອັດຕາຈ່າຍເງິນ (ຕໍ່ຊົ່ວໂມງ, ວັນ, ອາທິດ, ເດືອນ, ຫລື ປີ)

- 2A. ໃນວຽກງານປົກກະຕິຂອງທ່ານທີ່ຖືກປົງຢູ່ອ້າງເທິງນີ້, ທ່ານໄດ້: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ໃຊ້ເຄື່ອງຈັກ, ເຄື່ອງມື, ຫລື ອຸປະກອນແນວໃດແນວນັ້ງບໍ່?
- ໃຊ້ຄວາມຮູ້ ຫລື ຄວາມຊຳນານທາງການຊ່າງບໍ່?
- ໄດ້ຂຽນ, ເຮັດໃບລາຍງານ, ຫລື ເຮັດໜ້າທີ່ຄ້າຍຄຽງກັນບໍ່?
- ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບເປັນນາຍຄວບຄຸມ:.....

2B. ອະທິບາຍຄຳຕອບ ແມ່ນ ທຸກໆອັນໂດຍການໃຫ້ຄຳອະທິບາຍຄົບຖ້ວນກ່ຽວກັບ: ຊະນິດຂອງເຄື່ອງຈັກ, ເຄື່ອງມື, ຫລື ອຸປະກອນທີ່ທ່ານໄດ້ໃຊ້ ແລະ ການເຮັດວຽກອັນແທ້ຈິງທີ່ທ່ານເຮັດ; ຄວາມຮູ້ ຫລື ຄວາມຊຳນານທາງການຊ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ; ຊະນິດຂອງການຂຽນທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດ, ແລະ ແບບຂອງລາຍງານຕ່າງໆ; ແລະ ຈຳນວນຄົນທີ່ທ່ານໄດ້ຄວບຄຸມກຳກັບ ແລະ ຂະນາດຂອງການຄວບຄຸມຂອງທ່ານ.

2C. ບັນຮະຍາຍຊະນິດ ແລະ ຈຳນວນກິຈກັມການເຄື່ອນໄຫວທາງຮ່າງກາຍທີ່ວຽກງານຕາມປົກກະຕິຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງນຳໃນຮະຫວ່າງວັນທັມມະດາໂດຍການຫມາຍໃສ່ຄຳຕອບທີ່ດີທີ່ສຸດຢູ່ອ້າງລຸ່ມນີ້.

ຈັກຊີ້ວໂມງຕໍ່ມື້ທີ່ທ່ານໄດ້: ຍ່າງ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8

ຍືນ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8

ນັ່ງ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8

ດິນປານໃດເທື່ອນຶ່ງຕໍ່ມື້ທີ່ທ່ານໄດ້: ກົງໂຕ? ບໍ່ເຄີຍເລີຍ ບາງຄັ້ງບາງຄາວ ຢູ່ເລື້ອຍໆ ຕະລອດເວລາ

ປີ້ເອົາ? ບໍ່ເຄີຍເລີຍ ບາງຄັ້ງບາງຄາວ ຢູ່ເລື້ອຍໆ ຕະລອດເວລາ

ການຍົກ ແລະ ການຖີ່ໄປ: ບັນຮະຍາຍວ່າແມ່ນຫຍັງຖືກຍົກອັນ ແລະ ມັນຖືກຖີ່ໄປໄປປານໃດ.

ນ້ຳໜັກທີ່ໜັກທີ່ສຸດທີ່ທ່ານໄດ້ຍົກແມ່ນເທົ່າໃດ? 10 lbs. 20 lbs. 50 lbs. 100 lbs. ກາຍເກີນ 100 lbs.

ນ້ຳໜັກທີ່ທ່ານຍົກອັນ ຫລື ອິນໄປຢູ່ເລື້ອຍໆແມ່ນເທົ່າໃດ?
 ສູງຮອດ 10 lbs. ສູງຮອດ 25 lbs. ສູງຮອດ 50 lbs. ສູງຮອດ 100 lbs.

ພາກທີ 6 - ຫມາຍເຫດ

1. ໃຊ້ພາກສ່ວນນີ້ສຳລັບບ່ອນວ່າງເພີ່ມເຕີມເພື່ອຈະຕອບຄຳຖາມຜ່ານມາອັນໃດອັນນຶ່ງ. ໃຊ້ບ່ອນວ່າງອັນນີ້ໄດ້ອີກຄັ້ງເພື່ອຈະເອົາຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມຕ່າງໆໃຫ້ອີກທີ່ທ່ານຄິດວ່າຈະຊ່ວຍເຫລືອໄດ້ຫລາຍໃນການຕັດສິນໃນການຮ້ອງຂໍເອົາຄວາມເສັຽວິງຄະຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນວ່າຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ຖືກປົງໃນຜ່ານມາ).

ຈະຖືກຂຽນປະກອບໂດຍຜູ້ສຳພາດ

2. ຜູ້ຮ້ອງຂໍປາກພາສາອັງກິດໄດ້ບໍ່? ໄດ້ ບໍ່ໄດ້ ຖ້າບໍ່ໄດ້, ເຂົາເຈົ້າປາກພາສາຫຍັງ:
3. ຜູ້ຮ້ອງຂໍຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການດຳເນີນການຄຳຮ້ອງຂໍຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນປະກອບການຕິດຕໍ່ນຳຝ່າຍທີສາມຢູ່ໜ້າ 1.
4. ຫມາຍໃສ່ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກອັນໃດຢູ່ອ້າງລຸ່ມນີ້, ຖ້າມີຢູ່, ໄດ້ຖືກສ້າງເກດເຫັນໃນຂະນະທີ່ສຳພາດຜູ້ຮ້ອງຂໍຢູ່.
- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ການອ່ານ | <input type="checkbox"/> ການຂຽນ | <input type="checkbox"/> ການຕອບຄຳຖາມ | <input type="checkbox"/> ການຟັງ |
| <input type="checkbox"/> ການນັ່ງ | <input type="checkbox"/> ການເຂົ້າໃຈ | <input type="checkbox"/> ການໃຊ້ມື | <input type="checkbox"/> ການຫາຍໃຈ |
| <input type="checkbox"/> ການເບິ່ງ | <input type="checkbox"/> ການຍ່າງ | <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ເຈາະຈົງ): | |
| <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຫຍັງສ້າງເກດເຫັນ | | | |

ຖ້າຂໍໃດຢູ່ອ້າງເທິງນີ້ອັນໃດອັນນຶ່ງໄດ້ຖືກຫມາຍໃສ່, ບັນຮະຍາຍຄວາມຫຍຸ້ງຍາກຕົວຈິງທີ່ກ່ຽວພັນນຳ:

5. ການຕີຮາຄາປະເມີນຜົນ ABD ທີ່ຍັງໄຈະຢູ່/ປັດຈຸບັນແນວໃດແນວນັ້ງບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ດ້ານຮ່າງກາຍ; ວັນທີ: _____

ສຸຂະພາບໂຮກຈິດ; ວັນທີ: _____

6. ບັນຮະຍາຍຜູ້ຮ້ອງຂໍຢ່າງຄົບຖ້ວນ (ເຊັ່ນວ່າ, ຮູບຮ່າງທົ່ວໄປ, ລ່ວງສູງ, ນ້ຳໜັກ, ການປະພຶດ, ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກແນວໃດທີ່ຕົນໃສ່ ຫລື ເພີ່ມໃສ່ອັນທີ່ໄດ້ຖືກບັນທຶກຢູ່ຂ້າງເທິງ):

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສຳພາດ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ສຳພາດ (ຕີພິມ ຫລື ຂຽນເປັນຕົວ)
ເລກໂທຣະສັບຂອງຜູ້ສຳພາດ (ແລະ ແອເຣັຽໂຄດ)		ຫ້ອງການບໍລິການຄຸມນຸມຊົນ