



រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន

ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច និងសុខាភិបាល

**កម្មវិធីមនុស្សចាស់ជរា ពិការភ្នែក ឬមានពិការភាព
ការចូលរួមក្នុងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ**

កាលបរិច្ឆេទ

លេខអតិថិជន៖

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖

ភាសា៖

ស្តី

ដើម្បីបន្តមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីមនុស្សចាស់ជរា ពិការភ្នែកឬមានពិការភាព (ABD) អ្នកត្រូវតែ៖

- ចូលរួមក្នុងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តចំពោះស្ថានភាពពិការរបស់អ្នកយោងតាមច្បាប់ WAC 388-449-0200។
- ចូលរួមក្នុងការព្យាបាលសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រចំពោះស្ថានភាពពិការរបស់អ្នកយោងតាមច្បាប់ WAC 388-449-0200។

បើអ្នកមិនចូលរួមក្នុងការព្យាបាលដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវនោះទេ ជំនួយកម្មវិធី ABD របស់អ្នកអាចនឹងត្រូវបានបញ្ចប់។

សូមទាក់ទងមកខ្ញុំតាម _____ ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការព្យាបាលដែលអ្នកកំពុងទទួល។

បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការព្យាបាល ឬស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា សូមប្រាប់ខ្ញុំឲ្យដឹង ហើយខ្ញុំនឹងព្យាយាមជួយអ្នក។

នៅពេលអ្នកទាក់ទងខ្ញុំ យើងនឹងពិគ្រោះចំណុចដូចខាងក្រោម៖

1. ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកដែលធ្វើឲ្យអ្នកពិបាកធ្វើការ។
2. អ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកកំពុងជួបធ្វើការព្យាបាល។
3. តើអ្នកណាត់ជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកញឹកញាប់ប៉ុនណា។
4. អ្វីដែលខ្ញុំអាចធ្វើបានដើម្បីជួយគាំទ្រការព្យាបាលរបស់អ្នក។

សូមអរគុណ។ ខ្ញុំនឹងរង់ចាំភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដោយក្តីរីករាយ។

អ្នកឯកទេសខាងពិការភាព

លេខទូរសព្ទ

ការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍