



ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច និងសុខាភិបាល  
**រដ្ឋាស៊ិនតោន**

កាលបរិច្ឆេទ:

លេខ ID អតិថិជន:

បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច:

ភាសា:

ដើម្បីបន្តមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជនចាស់ជរា ជនពិការភ្នែក ឬជនមានពិការភាព (ABD) ឬកម្មវិធីយោងតម្រូវការលំនៅដ្ឋាន និងតម្រូវការចាំបាច់ (HEN) អ្នកត្រូវតែចូលរួមក្នុងការព្យាបាលជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។

សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី ABD ឬ HEN របស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចប់ក្នុងករណីអ្នកមិនចូលរួមក្នុងការព្យាបាលជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនដោយគ្មានមូលហេតុសមស្របយោងតាមច្បាប់ WAC ត្រង់មាត្រាទី 388-449-0220 និង 388-447-0120។

**សូមស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនឱ្យទាក់ទងខ្ញុំតាមទូរសព្ទ**

**ដើម្បីរៀងរាល់ថ្ងៃត្រូវបញ្ជាក់ពីការចូលរួមរបស់អ្នកក្នុងការព្យាបាលនេះ។** ពួកគាត់ក៏អាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះមកវិញត្រឹមថ្ងៃ ។

ប្រគល់វិញទៅ:

ទូរសព្ទ:

ទូរសារ:

ផ្នែកនេះត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់អ្នក:

\_\_\_\_\_ ត្រូវបានឃើញដើម្បី  ធ្វើការវាយតម្លៃ ឬ  ការព្យាបាលនៅកាលបរិច្ឆេទដូចខាងក្រោម:  
ឈ្មោះអតិថិជន

តើអតិថិជននេះនឹងចូលរួមក្នុង  ការព្យាបាលដោយសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ  នៅក្រៅមន្ទីរពេទ្យ?

តើនៅពេលណាដែលអតិថិជនគ្រោងនឹងបញ្ចប់កម្មវិធីព្យាបាលរបស់ពួកគាត់? \_\_\_\_\_

តើអ្នកមានអនុសាសន៍ណាមួយអំពីវិធីសាស្ត្រដែលយើងអាចគាំទ្រដល់ការចូលរួមរបស់អតិថិជនក្នុងការព្យាបាល ឬផ្តល់មតិយោបល់ផ្សេងទៀតដែរឬទេ?

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_ មុខតំណែង: \_\_\_\_\_ លេខទូរសព្ទ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_ ទីភ្នាក់ងារ: \_\_\_\_\_