ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

តម្រូវការ ABAWD ៖

របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ

ABAWD Requirement: Medical Report

សូមប្រើប៊ិចពណ៌ខៀវ ឬខ្មៅ។

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ DSHS **DSHS, PO BOX 11699** **TACOMA WA 98411-9905**		
លេខទូរស័ព្ទ DSHS **( )**	លេខទូសារ DSHS **888-338-7410**	
លេខ ID អតិថិជន / ករណី		

ផ្នែកទី 1. ត្រូវបំពេញដោយអតិថិជន	
ឈ្មោះអតិថិជន (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព)	លេខសន្តិសុខសង្គម (តាមចិត្ត)

ការអនុញ្ញាតការចូលរួមរបស់អ្នកជំងឺ / អតិថិជន ៖

ខ្ញុំអនុញ្ញាតការបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬការចូលរួមស្តារនីតិសម្បទាដែលបានស្នើទៅក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាកម្មសុខភាព។

______________________________ ______________

ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួមរបស់អ្នកជំងឺ/អតិថិជន   កាលបរិច្ឆេទ

ផ្នែកទី 2. ត្រូវបំពេញដោយអ្នកជំនាញវេជ្ជសាស្ត្រ **

សូមឆ្លើយសំណួរមួយ ឬច្រើនខាងក្រោមក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម។ សូមចុះហត្ថលេខា និងដាក់កាលបរិច្ឆេទពាក្យសុំនេះ រួមទាំងមុខរបរ ឬតំណែងក្នុងទីភ្នាក់ងាររបស់អ្នក។ **

1. តើបុគ្គលនេះមានផ្ទៃពោះ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនដឹង
   បើមាន កាលបរិច្ឆេទសម្រាល ៖ ____________________
2. តើបុគ្គលនេះជាអ្នកចូលរួមកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាវិជ្ជាជីវៈ កម្មវិធីប្រឹក្សាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬកម្មវិធីប្រឹក្សា ឬការព្យាបាលការប្រើថ្នាំ ឬគ្រឿងអាកុល? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
   បើមាន កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់កម្មវិធីដែលព្រាងទុក ៖ ________________________
3. តើបុគ្គលនេះមានជំងឺផ្លូវចិត្ត និង/ឬរាងកាយ ឬពិការភាព បណ្ដោះអាសន្ន ឬអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលនឹងបង្ការពួកគេពីការធ្វើការ 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្ដាហ៍ដែរទេ?
   ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
   បើមាន សូមបង្ហាញលក្ខខណ្ឌរបស់ពួកគេយូរយ៉ាងណានឹងបង្ការពួកគេពីការធ្វើការ 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្ដាហ៍ ៖
   ☐ តិចជាង 30 ថ្ងៃ ☐ 1 – 3 ខែ ☐ 3 – 6 ខែ
   ☐ 6 – 9 ខែ ☐ 9 – 12 ខែ ☐ ច្រើនជាង 12 ខែ ឬមិនច្បាស់

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ព័ត៌មានដែលបានផ្ដល់ខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា	លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដតំបន់) **( )**

សរសេរឈ្មោះជាអក្សរទីនេះ	តួនាទី / មុខរបរ**

អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្ស៊ីបកូដ

** ពាក្យសុំនេះអាចចុះហត្ថលេខាបានដោយនរណាម្នាក់ខាងក្រោម ៖ គ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ អ្នកតំណាងចាត់តាំងនៃការិយាល័យគ្រូពេទ្យ គ្រូបង្វឹកគិលានុបដ្ឋាយិកា គ្រូពេទ្យព្យាបាលដោយម៉ាស្សា ឬគ្រូចិត្តវិទ្យាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ឬសញ្ញាបត្រ អ្នកប្រឹក្សាលើការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង អ្នកប្រឹក្សាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានសញ្ញាបត្រ បុគ្គលិកសង្គមខាងព្យាបាល បុគ្គលិកសង្គមដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណសញ្ញាបត្រ ឬឆ្មបដែលមានសញ្ញាបត្រ។ សម្រាប់គោលបំណងនៃការផ្ទៀងផ្ទាត់ការចូលរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗក្នុងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទា ឬប្រឹក្សា (ផ្នែក 2) អ្នកដឹកនាំកម្មវិធី ឬអ្នកប្រឹក្សារបស់បុគ្គលម្នាក់ៗក៏អាចចុះហត្ថលេខាលើសេចក្ដីថ្លែងការណ៍នេះបានផងដែរ។