



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

# ກົດກຳນົດຂອງໂຄງການ ABAWD

## ໃບລາຍງານການພະຍາບານ ABAWD Requirement: Medical Report

ກະຮຸນາໃຊ້ນ້ຳນົກສີຝາ ຫລື ສີດຳ.

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງ DSHS <b>DSHS, PO BOX 11699</b> <b>TACOMA WA 98411-9905</b>	
ເລກໂທຣະສັບຂອງ DSHS ( )	ເລກແຟກຊ໌ຂອງ DSHS <b>888-338-7410</b>
ເລກສຳນວນເອກສານ/ເລກລູກຄ້າ ID	

### ພາກທີ 1. ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍລູກຄ້າ

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ (ກະຮຸນາຂຽນເປັນຕົວພິມ)	ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ (ຕາມສະມັກໃຈ)
------------------------------------	-------------------------------------

**ການອະນຸຍາດຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທີ່ເປັນຄົນເຈັບ/ລູກຄ້າ:**  
 ອ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ມີການເປີດເຜີຍລາຍຮອດການພະຍາບານ ແລະ/ຫລື ການເຂົ້າຮ່ວມນຳການຝຶກຝົນທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ ໃຫ້ແກ່ກົມສັງຄົມສົງເຄາະ ແລະ ສາທາຣະນະສຸກ (Department of Social and Health Services).  
 \_\_\_\_\_  
 ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທີ່ເປັນຄົນເຈັບ/ລູກຄ້າ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_

### ພາກທີ 2. ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານການພະຍາບານ \*\*

ກະຮຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ລົງໄປນີ້ຂຶ້ນ ຫລື ຫລາຍຂຶ້ນ ຢູ່ໃນບອກອ້າງລຸ່ມນີ້. ກະຮຸນາເຊັນຊື່ໃສ່ ແລະ ໃສ່ວັນທີໃສ່ໃນໃບຟອມໃບນີ້ ລວມທັງອາຊີບ ຫລື ຫນ້າທີ່ການຂອງທ່ານ ຢູ່ໃນຫ້ອງການຂອງທ່ານ. \*\*

- ບຸກຄົນນີ້ຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ  ບໍ່ຮູ້ຈັກ  
ຖ້າແມ່ນ, ວັນທີຄາດວ່າຈະຄອດລູກ: \_\_\_\_\_
- ບຸກຄົນເປັນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຢູ່ໃນໂຄງການຝຶກຝົນວິຊາຊີບໃຫ້ດີຄືນຄືເກົ່າ, ໂຄງການໃຫ້ຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບສຸຂະພາບໂຮກຈິດ, ຫລື ໂຄງການປິ່ນປົວ ຫລື ໃຫ້ຄຳປຶກສາ ເຮືອງປາເສບຕິດ ຫລື ເຫລົ້າບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ  
ຖ້າແມ່ນ, ວັນທີຄາດວ່າໂຄງການຈະຈົບລົງ: \_\_\_\_\_
- ບຸກຄົນນີ້ໂຮກ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານຈິດໃຈ ແລະ/ຫລື ຮ່າງກາຍ, ຊົ່ວຄາວ ຫລື ຖາວອນ, ຊຶ່ງຈະກົດກັ້ນເອົາເຈົ້າຈາກການເຮັດວຽກ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດບໍ່?  
 ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ  
ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຊື່ບອກວ່າສະພາບຈະກົດກັ້ນເອົາເຈົ້າຈາກການເຮັດວຽກໄດ້ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດດິນປານໃດ:  
 ຕໍ່າກວ່າ 30 ມື້  1 – 3 ເດືອນ  3 – 6 ເດືອນ  
 6 – 9 ເດືອນ  9 – 12 ເດືອນ  ຫລາຍກວ່າ 12 ເດືອນ ຫລື ບໍ່ແນ່ນອນ

### ອ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າລາຍຮອດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີເຊັນຊື່	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ) ( )
ຂຽນຊື່ເປັນຕົວພິມຢູ່ນີ້	ຫນ້າທີ່/ວິຊາຊີບ**	
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ ຊືບໂຄດ

\*\* ໃບຟອມໃບນີ້ຈະຖືກເຊັນໃສ່ໂດຍຄົນໃດຄົນນຶ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້: ທ່ານຫມໍ, ຜູ້ຊ່ວຍທ່ານຫມໍ, ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງຫ້ອງການຂອງທ່ານຫມໍ, ຜູ້ຝຶກຫັດການພະຍາບານ, ຜູ້ຮັກສາໂຮກກະດູກ, ນັກຈິດວິທະຍາທີ່ຖືກອະນຸຍາດ ຫລື ຢັ້ງຢືນ, ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາການຕິດປາເສບຕິດ ແລະ ເຫລົ້າ, ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາສຸຂະພາບໂຮກຈິດທີ່ຖືກຢັ້ງຢືນ, ພະນັກງານສັງຄົມຢູ່ຕາມຄລິນິກບໍ່ອື່ນນຳໃຜທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ຫລື ນາງຜະດຸງຄັນທີ່ຖືກຢັ້ງຢືນ. ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງການພິສູດການເຂົ້າຮ່ວມຂອງບຸກຄົນຢູ່ໃນໂຄງການຝຶກຝົນ ໃຫ້ດີຄືນ ຫລື ການປຶກສາ (ພາກທີ 2), ຜູ້ອຳນວຍການຂອງໂຄງການ ຫລື ຜູ້ປຶກສາຂອງບຸກຄົນ ຈະເຊັນຊື່ໃສ່ໃບແຈ້ງການໃບນີ້ໄດ້ອີກຄືກັນ.