Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

ពាក្យស្នើសុំសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់កុមារ

☐ សំណើបឋម ☐ សំណើអាប់ដេត

ប្រភេទនៃសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នដែលបានស្នើ៖
☐ សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នលក្ខណៈជំរុញ (ERS)
☐ សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នលក្ខណៈផ្តាច់មុខ
☐ សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នដែលទទួលមូលនិធិពីកម្មវិធីអនុគ្រោះ នៅក្នុងទីតាំងដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ

សូមភ្ជាប់ព័ត៌មានលម្អិតនៃការវាយតម្លៃ DDA, IEP, ABA ឬផែនការគាំទ្រតវិយាបទ លិខិតយល់ព្រមត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន (សូមបញ្ជូល "អ្នកផ្តល់សេវាដែលជាប់កិច្ចសន្យាជាមួយ DSHS ដទៃទៀត៖ ទីលំនៅបុគ្គលិកមានអាជ្ញាបណ្ណ" លើលិខិតយល់ព្រមនោះ) និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។

ឈ្មោះសាមីបុគ្គល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសម្គាល់ ADSA	តំបន់

អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍

ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល		លេខទូរសព្ទចម្បង (ជាមួយកូដតំបន់)
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	ទូរសព្ទលើតុ/ចល័តសម្រាប់គ្រាអាសន្ន	ទូរសព្ទលើតុ/ចល័តរបស់អ្នកថែទាំជំនួយ (បើមិនមានឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល)

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ បើខុសពីខាងលើ ☐ ដូចខាងលើ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍

ឈ្មោះនិងលេខទូរសព្ទ DDA CRM	ទទួលការស្នង់មតិលើការសម្រាកក្រោយការផ្តល់សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្ន សម្រាប់តែសេវាសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នលក្ខណៈជំរុញប៉ុណ្ណោះ ☐ តាមរយៈអ៊ីមែល ☐ តាមរយៈក្រដាស់

តើក្រុមគ្រួសារមានឆន្ទៈធ្វើដំណើរទៅភាគខាងកើតឬខាងលិចនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនដើម្បីអាក់សេសសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នលក្ខណៈជំរុញឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់
☐ ទេ ☐ បាទ/ចាស; ភាសាជាក់លាក់៖

កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្ន* (កាលបរិច្ឆេទនេះនឹងត្រូវប្រើ ប្រសិនបើត្រូវអាក់សេសសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នលក្ខណៈផ្តាច់មុខឬដែលទទួលមូលនិធិពីកម្មវិធីអនុគ្រោះ)

	ពី	ដល់	ការដឹកជញ្ជូនផ្តល់ជូនដោយ៖
១.			
២.			
៣.			

* កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្ននឹងមិនត្រូវបានបញ្ចប់ទេ រហូតដល់សំណើត្រូវបានឯកភាពជាផ្លូវការ។ គ្រាអាសន្នដែលមិនបានព្រាងទុកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនិង/ឬប៉ះពាល់ដល់សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នពីមុន។

ការអប់រំ

ឈ្មោះសាលា	ទីចាត់ការសាលា
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង រដ្ឋ កូដប្រៃសណីយ៍
ឈ្មោះគ្រូ	ទូរសព្ទកន្លែងការងារ

តើកុមារកំពុងរៀនថ្នាក់ពេញម៉ោង (ប្រាំមួយម៉ោង) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

វេជ្ជសាស្ត្រ

អត្តលេខអ្នកផ្តល់សេវាទីមួយ

ឱសថបច្ចុប្បន្ន	កម្រិតប្រើ	ប្រេកង់ប្រើ	ហេតុផលចេញវេជ្ជបញ្ជា

ឱសថ PRN	រៀបរាប់ពីរបៀបរបបប្រើប្រាស់

រៀបរាប់ពីប្រភេទជំនួយដែលត្រូវការជាចាំបាច់ ដើម្បីប្រើឱសថ និង/ឬថ្នាំលាបឬថ្នាំបន្តក់ (រួមទាំងវីតាមីន)៖

☐ តែពេលមានអ្នកនៅមើលថែ ☐ ប្រាប់ដោយផ្ទាល់មាត់ ☐ ផ្តល់ជាពែង ☐ កិនលាយជាមួយអាហារ ☐ ជំនួយផ្លូវកាយ

☐ ឱសថដែលប្រើតាមរយៈបំពង់អក្សរ g ☐ សាមីបុគ្គលមិនមានឱសថប្រើដោយលេនតាមមាត់/លាបលើខ្លួនទេ

☐ ផ្សេងទៀត,

ជំងឺអាលែហ្ស៊ី (ចូររៀបរាប់)

ការរឹតត្បិតផ្នែកចំណីអាហារ / ការអនុគ្រោះលើចំណីអាហារ (ចូររៀបរាប់)

ជំងឺប្រកាច់? ប្រសិនបើមាន សូមរៀបរាប់អំពីប្រភេទ ប្រេកង់ ការប្រកាច់ចុងក្រោយបង្អស់ និងរួមបញ្ចូលនូវវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ជំងឺប្រកាច់នេះ (បើមាន)

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ពេទ្យបឋម	លេខទូរសព្ទ
ទន្តពេទ្យ	លេខទូរសព្ទ

ពេទ្យផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់ប្រភេទ)	លេខទូរសព្ទ
អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬឥរិយាបថដទៃទៀត (ចូរបញ្ជាក់ប្រភេទ)	លេខទូរសព្ទ
អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬឥរិយាបថដទៃទៀត (ចូរបញ្ជាក់ប្រភេទ)	លេខទូរសព្ទ

រៀបរាប់ពីវិធីដែលអតិថិជនបង្ហាញថាពួកគេកំពុងមានការឈឺចាប់៖
រៀបរាប់ពីសមត្ថភាពនិយាយនិងប្រាស្រ័យទាក់ទង រួមមានតម្រូវការគាំទ្រ ដូចជា៖ PECS, តារាងរូបភាព ឧបករណ៍ទំនាក់ទំនង ជាដើម។

ផ្នែកឥរិយាបថ

☐ ការដើរចុះឡើង / ការលូចរត់	☐ ការគ្រវែងរបស់របរ	☐ ឥរិយាបថបង្ករបួសលើខ្លួនឯង
☐ ការពួន	☐ ការបំផ្លាញទ្រព្យសម្បត្តិ	☐ ការវាយប្រហាររាងកាយ
☐ ការរត់ចូលផ្លូវ	☐ ការរំញោច	☐ បញ្ហាបន្ទោរបង់
☐ បើកទ្វារឡានកំពុងបើក	☐ ញាណ / សំលេង / ការប៉ះ	☐ ការបត់ជើងតូចមិនសមរម្យ
☐ PICA (ហូបរបស់ដែលហូបមិនបាន)	☐ ការហូបទាល់តែហាល់	☐ ការបញ្ចេញសំលេងឮៗ
☐ កាលេបសារធាតុគ្រោះថ្នាក់	☐ ការធុញចំណី	☐ ការខាំ
☐ ការបញ្ជេះភ្លើង	☐ ការបុកក្បាល	☐ ឥរិយាបថផ្លូវភេទមិនសមរម្យ

តើឥរិយាបថគួរឱ្យបារម្ភបំផុតអ្វីខ្លះ ដែលត្រូវបានបង្ហាញនៅផ្ទះ នៅសហគមន៍ និងនៅសាលារៀន?
តើមានអ្វីខ្លះដែលត្រូវជៀសវាង (តន្ត្រីឮខ្លាំងៗ ការប៉ះ អាហារ ជាដើម)?
តើបញ្ហាសុវត្ថិភាពអ្វីខ្លះដែលអ្នកកំពុងបារម្ភ?

តម្រូវការអ្នកមើលថែ៖
រៀបរាប់ពីកម្រិតនៃការមើលថែសម្រាប់សុខភាពនិងសុវត្ថិភាព៖ តិចតួចបំផុត ចម្ងាយមើល មួយទល់មួយ ជាស់បុគ្គលិក ជាដើម។

តើមាននីតិវិធីរឹតត្បិតឬការធ្វើអន្តរាគមខាងរាងកាយណាមួយដែលកំពុងត្រូវបានប្រើនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីកែប្រែឥរិយាបថបាកៗ (រណបដៃ មូកសុវត្ថិភាព បង្អៀរ ជាដើម) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើមាន សូមរៀបរាប់។ សូមកត់ចំណាំថា អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នអាចនឹងត្រូវការស្នើសុំនូវការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកវិជ្ជាជីវៈព្យាបាលលើការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ការពារ ដូចជា មូកសុវត្ថិភាព រណបដៃ ជាដើម។
តើផែនការគាំទ្រឥរិយាបថកំពុងត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅផ្ទះឬសាលារៀនដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃផែនការដែលត្រូវបញ្ចូលជាមួយពាក្យស្នើសុំសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្ននោះ។

តើកណ្តឹងរោទ៍កំពុងត្រូវបានប្រើនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដែរឬទេ? បើមាន សូមរៀបរាប់។
តម្រូវការមើលថែពីសហគមន៍ (១ ទល់ ១ ក្នុងសហគមន៍ ដោយសារបញ្ហាប្រឈម អាចត្រូវបានមើលថែជាមួយកុមារដទៃទៀត)៖
ទម្លាប់ប្រចាំថ្ងៃ៖ **សូមរៀបរាប់ឱ្យបានលម្អិតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាននូវទម្លាប់ប្រចាំថ្ងៃនីមួយៗ។**
ទម្លាប់ពេលព្រឹក៖ សូមរៀបរាប់អំពីទម្លាប់និងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អតិថិជន រួមទាំង ម៉ោងដែលទម្លាប់នោះដែលកើតឡើង ម៉ោងហូបអាហារ ម៉ោងងូតទឹក។
ទម្លាប់ពេលល្ងាចនិងពេលដំណេក៖ សូមរៀបរាប់អំពីទម្លាប់និងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អតិថិជន រួមទាំង ម៉ោងដែលទម្លាប់នោះដែលកើតឡើង ម៉ោងហូបអាហារ ម៉ោងងូតទឹក។
ទម្លាប់ប្រចាំថ្ងៃក្នុងពេលសិក្សាជាធម្មតា៖ សូមរៀបរាប់អំពីទម្លាប់និងចំណូលចិត្តរបស់អតិថិជន។
ទម្លាប់ប្រចាំថ្ងៃក្រៅពេលសិក្សា៖ សូមរៀបរាប់អំពីទម្លាប់និងចំណូលចិត្តរបស់អតិថិជន។
ការកម្សាន្ត / សកម្មភាព / ការចូលរួមក្នុងសហគមន៍ **រៀបរាប់ចំណូលចិត្តផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងផ្នែកខាងក្រោម។**
សកម្មភាពកម្សាន្តនិងលំហែដែលចូលចិត្តធ្វើនៅក្នុងសហគមន៍៖
សកម្មភាពដែលចូលចិត្តធ្វើនៅក្នុងផ្ទះនិងសហគមន៍។ សកម្មភាពដែលត្រូវជៀសវាងនៅក្នុងផ្ទះនិងសហគមន៍។

តើមានតម្រូវការគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជមិឬសាសនាណាមួយឬទេ? បើមាន សូមរៀបរាប់។

អ្នកមកលេង - រាយឈ្មោះមនុស្សដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យមកលេងកូនរបស់អ្នក ក្នុងអំឡុងពេលទទួលសេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្ន។

ឈ្មោះ	ប្រភេទនៃទំនាក់ទំនងដែលអនុញ្ញាត ☐ ការមកលេង ☐ ទូរសព្ទ	លេខទូរសព្ទ
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ កូដប្រៃសណីយ៍

ឈ្មោះ	ប្រភេទនៃទំនាក់ទំនងដែលអនុញ្ញាត ☐ ការមកលេង ☐ ទូរសព្ទ	លេខទូរសព្ទ
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ កូដប្រៃសណីយ៍

ការពិនិត្យពាក្យស្នើសុំ និងហត្ថលេខា

ឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលបំពេញពាក្យ (បើខុសគ្នាពីឪពុកម្តាយ)	ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ (បើនរណាម្នាក់បំពេញពាក្យនេះជំនួសអ្នក)		កាលបរិច្ឆេទ