

ភាពអាចធ្វើការបាននៃសតិបញ្ញា

ឈ្មោះសំណុំរៀង	លេខសំណុំរៀង	កាលបរិច្ឆេទ
---------------	-------------	-------------

សំណើនេះគឺសំរាប់ធ្វើការកំណត់បង្ហាញនូវស្ថានភាពនៃសតិបញ្ញានៃមនុស្សនេះ បើសិនជាមានដែលអាចជាឧបសគ្គមួយទៅនឹងភាពអាចធ្វើការបាន ឬការចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីជួយឱ្យធ្វើការនិងទទួលខុសត្រូវចំពោះកូនចិញ្ចឹមកាលិយ៉ា (California Work Opportunity and Responsibility to Kids ឬ CalWORKS) ។ សូមបញ្ជាក់បញ្ហាផ្ទៃក្នុងដែលជាប់ទាក់ទង ទៅនឹងសកម្មភាពដែលបានចាត់ឱ្យធ្វើរបស់មនុស្សនេះ បើសិនជាមានបេសកកម្មណាមួយបានចុះបង្ហាញនៅខាងក្រោម ។ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារបន្ថែម បើសិនជាមានការចាំបាច់ ។

មនុស្សនេះ បានចាត់ឱ្យ : _____

(ភិនភាគនិងចំនួនយ៉ាងនៃសកម្មភាព CalWORKs ដែលបានចាត់ឱ្យធ្វើ)

- សកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃក្នុងបច្ចុប្បន្ន :** សូមរៀបរាប់អំពីនិរន្តរ៍នៃជំនួយឬការណែនាំដែលមនុស្សនេះត្រូវការកិច្ចថែរក្សាឱ្យបានត្រឹមត្រូវសំរាប់ការងាររបស់គាត់ ការហ្វឹកហ្វឺន និង/ឬកិច្ចការសិក្សាអប់រំ ។ សូមរៀបរាប់វិធី បើសិនជាមានដែលការងារប្រចាំថ្ងៃ ការហ្វឹកហ្វឺន និង/ឬសកម្មភាពសិក្សាអប់រំរបស់អ្នកជម្ងឺដែលត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយសារតែលទ្ធផលនៃស្ថានភាពសតិបញ្ញារបស់អ្នកជម្ងឺ ។
- ការប្រាស្រ័យទាក់ទងក្នុងសង្គម :** សូមរៀបរាប់អំពីសមត្ថភាពរបស់អ្នកជម្ងឺក្នុងកិច្ចធ្វើការជាមួយយ៉ាងសមរម្យ និងការនិយាយទាក់ទងយ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាពជាមួយអ្នកធ្វើការ គ្រូបង្រៀន សិស្សដទៃទៀត ហើយនិងសមាជិកនៃកន្លែងសាធារណៈ ។ល។ សូមរៀបរាប់វិធី បើសិនជាមាន ដែលភាពទាំងនេះត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយសារតែលទ្ធផលនៃស្ថានភាពសតិបញ្ញារបស់អ្នកជម្ងឺ ។
- ការបញ្ចប់កិច្ចការ :** សូមរៀបរាប់អំពីសមត្ថភាពរបស់អ្នកជម្ងឺក្នុងការ : បញ្ចប់នូវការងារនៅកន្លែងជារៀងរាល់ថ្ងៃ ការហ្វឹកហ្វឺន និង/ឬការសិក្សាអប់រំជាធម្មតា ធ្វើតាមនិងយល់អំពីសេចក្តីណែនាំសរសេរឆ្ងាយ ឬដោយផ្ទាល់មាត់ ផ្ទះផ្តោតនូវការយកចិត្តទុកដាក់ ។ល។ សូមរៀបរាប់វិធី បើសិនជាមាន ដែលភាពទាំងនេះត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយសារតែលទ្ធផលនៃស្ថានភាពសតិបញ្ញារបស់អ្នកជម្ងឺ ។
- ការសម្របសម្រួលទៅនឹងការងារ ឬស្ថានភាពអ្វីដែលដូចជាការងារ :** សូមរៀបរាប់អំពីសមត្ថភាពរបស់អ្នកជម្ងឺក្នុងការសម្របសម្រួលទៅនឹងភាពពិបាកជាធម្មតានៃការងារ ការហ្វឹកហ្វឺន បរិយាកាសនៃការសិក្សាអប់រំ ដោយគិតបញ្ចូលទាំងការសំរេចចិត្ត ការចូលរួមសិក្សា កាលវិភាគ និងការធ្វើកិច្ចការជាមួយអ្នកចាត់ចែង ឬអ្នកបង្គាប់បង្រៀន ។ សូមរៀបរាប់វិធី បើសិនជាមាន ដែលភាពទាំងនេះត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយសារតែលទ្ធផលនៃស្ថានភាពសតិបញ្ញារបស់អ្នកជម្ងឺ ។

ហត្ថលេខានៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែរក្សាផ្នែកសុខភាព (ឬអ្នកជំនាញ)	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
---	-------------	-------------

ឈ្មោះ និងអសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែរក្សាសុខភាព: