

ជូនចំពោះលោក/អ្នកផ្តល់កិច្ចថែរក្សាសុខភាព :

កម្មវិធីជួយឱ្យធ្វើការនិងទទួលខុសត្រូវចំពោះកូននៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (California Work Opportunity and Responsibility to Kids ឬ CalWORKs) តម្រូវឱ្យមនុស្សម្នាក់ៗដែលមិនត្រូវបានលើកលែងឱ្យចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពធ្វើការ ហ្វឹកហ្វឺន ឬសិក្សាអប់រំ ចំនួន៣២ (សំរាប់ក្នុងគ្រួសារដែលមានផ្ទុកកុម្មារ្យម្នាក់) ឬ៣៥ម៉ោង (សំរាប់គ្រួសារដែលមានទាំងផ្ទុកនិងម្តាយ) ក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីCalWORKs ត្រូវតែធ្វើឱ្យមាន “ការចំរើនគួរជាទីពេញចិត្ត” នៅក្នុងសកម្មភាពរបស់ពួកគេ ។

យើងសុំឱ្យលោកអ្នកជួយយើងនៅក្នុងការពិនិត្យវិភាគលើអ្នកចូលរួមរូបនេះ ដោយផ្តល់មតិយោបល់យើងនូវព័ត៌មានដែលទាក់ទងទៅនឹងស្ថានភាពនៃសតិបញ្ញា ឬរូបរាងកាយរបស់គាត់ដែលមានផលប៉ះពាល់ ទៅដល់ភាពអាចចូលរួមបាននៅក្នុងកម្មវិធីការងារ/ហ្វឹកហ្វឺន ។ ជាមួយព័ត៌មាននេះ យើងអាចប្រគល់កិច្ចការទៅឱ្យអ្នកចូលរួមទៅកាន់សកម្មភាពដ៏សមរម្យបានប្រសើរជាងមុន ។ ការធ្វើវិភាគនេះអាចជួយឱ្យយើងធ្វើការកំណត់ថា តើ ស្ថានភាពរបស់អ្នកចូលរួមនឹងអាចឱ្យគាត់ចូលរួមឬបញ្ឈប់ចំនួន៣២ ឬ៣៥ម៉ោងនៅក្នុងមួយសប្តាហ៍នៃការតម្រូវធ្វើការងារ និង/ឬការហ្វឹកហ្វឺនបានដោយជោគជ័យឬទេ ។

សូមបំពេញនៅក្នុងផ្នែកទី២នៃសំណៅដែលដាក់ភ្ជាប់ជាមួយនេះ និងចុះហត្ថលេខា(ឬឱ្យអ្នកតំណាងដែលទទួលបានអនុញ្ញាតរបស់លោកអ្នកចុះហត្ថលេខា) សេចក្តីថ្លែងការបញ្ជាក់នៅក្នុងផ្នែកទី៣ ។ សូមបំពេញនៅក្នុងសំណៅសមត្ថភាពផ្នែករូបរាងកាយ និង/ឬផ្នែកសតិបញ្ញាផងដែរ ទៅតាមសេចក្តីត្រូវការ ។

សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះការជួយរបស់លោកអ្នក ។

| | |
|-----------------------------|---------------------|
| ឈ្មោះអ្នកកាន់សំណុំរឿង | |
| លេខទូរស័ព្ទអ្នកកាន់សំណុំរឿង | លេខទូរសារ(ហ្វាក់ស៍) |

សេចក្តីអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានផ្នែកពេទ្យ

សំរាប់កែទម្រង់ពេញ
CASE NAME: CASE NUMBER:
WORKER NAME: WORKER NUMBER:

ផ្នែកទី១ ត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកជម្ងឺ/អតិថិជន ។ ផ្នែកទី២ និងទី៣ ត្រូវបានបំពេញដោយប្រភេទនៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែទាំ (ឬអ្នកគំរាមទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់គាត់) ដូចបានគូសបង្ហាញនៅខាងក្រោម :
(ប្រគល់កិច្ចការទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងប្រអប់ខាងក្រោមឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ។)
[] ត្រូវបានបញ្ជាក់អនុញ្ញាត ឬពេទ្យចិត្តសាស្ត្រដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ ។
[] អ្នកមានមុខវិជ្ជាជីវៈមើលថែទាំសុខភាពដែលមានច្បាប់អនុញ្ញាត ឬទទួលបានការបញ្ជាក់ដោយរដ្ឋដើម្បីពិនិត្យវិភាគ/ព្យាបាលភាពអន់ខ្សោយនៃរូបរាងកាយ ឬសតិបញ្ញាដែលប៉ះពាល់ទៅដល់សមត្ថភាពធ្វើការ ឬការចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពសិក្សាអប់រំ/ប្រឹក្សា ដោយគិតបញ្ចូលទាំង វេជ្ជបណ្ឌិតពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតខាងផ្លូវ ពេទ្យចាប់សរសៃ ពេទ្យវិកលចរិតមានច្បាប់អនុញ្ញាត/បានទទួលការបញ្ជាក់ ប៉ុន្តែអាចមានច្រើនប្រភេទថែមទៀត។

ផ្នែកទី 1. ព័ត៌មានសំរាប់អ្នកជម្ងឺ/អតិថិជននៃការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មាន

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ/អតិថិជន (តាមត្រកូល តាមខ្លួន តាមកណ្តាល) ភេទ (ស្រី/ស្រក) កាលបរិច្ឆេទកំណើត លេខសន្និធិសង្គ្រោះ អាយុនៃក្មេងដែលនៅក្នុងផ្ទះ
ប ស

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ _____ នៃ _____ ឈ្មោះអ្នកផ្តល់កិច្ចថែទាំ មន្ទីរពេទ្យពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យ
ឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានទៅឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលនៃខណ្ឌអំពីសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងលក្ខណៈដូចដែលបានគូសបង្ហាញនៅខាងក្រោម :

[] ស្ថានភាពផ្នែករូបកាយ [] ស្ថានភាពផ្នែកសតិបញ្ញា [] ដទៃទៀត (សូមរៀបរាប់) _____

ខ្ញុំយល់ថាសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះអាចត្រូវបានប្រើដោយក្រសួងសុខាភិបាលនៃខណ្ឌសំរាប់រយៈពេលហួតដល់ទៅមួយឆ្នាំ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្នែកពេទ្យ ។ ខ្ញុំអាចបញ្ឈប់នូវសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះបានគ្រប់ពេលលើកលែងតែសំរាប់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ទៅឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលរួចហើយ ។ ព័ត៌មាននេះគឺបានត្រូវការដោយក្រសួងសុខាភិបាលខណ្ឌដើម្បីកំណត់អំពីភាពអាចមាននិទ្ទេសប្រាក់ជំនួយបុប្ផណ្ឌទិញម្ហូប ។ ព័ត៌មាននេះក៏បានត្រូវការដើម្បីសម្រេចអំពីប្រភេទនៃការងារ ឬសកម្មភាពប្រឹក្សាដែលខ្ញុំអាចចូលរួមបាន និងអំពីកិច្ចជួយនៃកម្មវិធីជួយឱ្យធ្វើការនិងទទួលបានការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋកាលហ្វែនធីញ៉ា (CalWORKs) ដែលខ្ញុំត្រូវការ ។ ព័ត៌មាននេះនឹងរក្សាទុកនៅក្នុងសំណុំរឿង ហើយដែលនឹងមិនបញ្ជាក់ទៅក្រៅដោយគ្មានសេចក្តីយល់ព្រមចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំឡើយ សំរាប់ព័ត៌មានដែលបញ្ជាក់នីមួយៗ លើកលែងតែការបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយឯកភាព ឬអនុញ្ញាតតាមច្បាប់ ។ ខ្ញុំបានអានសំណើនេះ(ឬគេបានអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់) បន្ទាប់ពីបានបំពេញចប់សញ្ញា ។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចទទួលបានសន្និដ្ឋាននៃសំណើនេះ បើសិនជាខ្ញុំស្នើសុំ ។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ/អតិថិជន ទំព័រទំនងជាមួយអ្នកជម្ងឺ បើសិនជាមិនមែនជាអ្នកជម្ងឺខ្លួនឯង កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខាសាក្សីទៅលើគំនូសសំគាល់ អ្នកបកប្រែ ឬមនុស្សដែលជាកំណាងនៃអ្នកជម្ងឺ/អតិថិជន កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា

ផ្នែកទី 2. សេចក្តីផ្តើមការនៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែទាំ

ព័ត៌មានបានស្នើសុំនេះគឺបានត្រូវការដើម្បីធ្វើការវិភាគអំពីសិទ្ធិអាចទទួលបានជំនួយសាធារណៈសំរាប់មនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើ និងដើម្បីកំណត់អំពីបេសកកម្មការងាររបស់គាត់ ។ សូមគូសផ្ទៃយល់ទៅនឹងសំណួរដូចតទៅនេះ :

[] សំណួរទី 1 រហូតទៅដល់ 5 [] សំណួរទី 6 [] សំណួរទី 7

- 1. តើអ្នកជម្ងឺមានស្ថានភាពផ្នែកពេទ្យដែលអាចធ្វើការបញ្ជាក់បានដែលកំណត់ ឬមិនឱ្យគាត់អនុវត្តនូវការងារណាមួយដ៏ជាក់លាក់ឬទេ? [] មាន [] គ្មាន
បើមាន សូមបំពេញសំណួរដទៃទៀតនៃសំណើនេះ ហើយនិងសំណើសុំអំពីសមត្ថភាពផ្នែករូបរាងកាយ និង/ឬសមត្ថភាពផ្នែកសតិបញ្ញា (បើសិនជាជាក់លាក់ជាមួយ) តាមការសមរម្យ ។ បើគ្មានទេ សូមបំពេញតែផ្នែកសេចក្តីថ្លែងការបញ្ជាក់នៃអ្នកផ្តល់កិច្ចព្យាបាលសុខភាពនៅខាងក្រោម ។
2. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមស្ថានភាព _____ ។ ស្ថានភាពនោះគឺមានភាព [] រ៉ាំរ៉ៃ [] ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលគិតថានឹងមានរហូតដល់ទៅ _____
3. តើអ្នកជម្ងឺស្វែងរកការព្យាបាលយ៉ាងសកម្មឬទេ? [] មាន [] ទេ កាលបរិច្ឆេទនៃការណាត់ជួបនៅពេលបន្ទាប់ _____
4. តើមនុស្សនេះអាចធ្វើការបានឬទេ? [] មែន [] ទេ
បើមែន តើចំនួនបន្ទាន់ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ? _____
5. តើមនុស្សនេះមានការកម្រិតយ៉ាងណាខ្លះដែលប៉ះពាល់ទៅដល់ភាពអាចធ្វើការឬចូលរួមបានរបស់គាត់នៅក្នុងការសិក្សាអប់រំ ឬប្រឹក្សា? [] មែន [] ទេ
6. តើជាការចាំបាច់ឬទេ ដើម្បីកំណត់ថាតើកិច្ចថែទាំក្នុងត្រូវបានត្រូវការដើម្បីឱ្យឆ្លងកាត់ម្ខាងទៀតរបស់ក្មេងអាចទៅធ្វើការបាន ។ តើស្ថានភាពនៃអ្នកជម្ងឺបានរារាំងគាត់មិនឱ្យផ្តល់នូវកិច្ចថែទាំក្នុងត្រូវបាននៅក្នុងផ្ទះឬ? [] មែន [] ទេ
7. តើស្ថានភាពរបស់អ្នកជម្ងឺត្រូវបានអ្នកណាម្នាក់នៅផ្ទះដើម្បីថែទាំគាត់ឬ? [] មែន [] ទេ

ផ្នែកទី 3. សេចក្តីផ្តើមការបញ្ជាក់នៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែទាំ

ហត្ថលេខានៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែទាំ ឬអ្នកគំរាមទទួលបានការអនុញ្ញាតនៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែទាំ កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា
សរសេរឈ្មោះនិងមុខងារ/ ជំនាញការងារអក្សរពុម្ព លេខទូរស័ព្ទ ()
អាយុមន្ត្រី (អាយុមន្ត្រី បើសិនជាខុស/ប្រក) ក្រុង រដ្ឋ លេខប៊ូកកូដ