

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីផែនការសកម្មភាពអ្នកផ្តល់សេវាជាឯក តុបតុលការបណ្តុះបណ្តាល/ការចេញវិញ្ញាបនបត្រ

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវា

សកម្មភាពដែលបានគោរព

ក្រុមរដ្ឋបាលនៃរដ្ឋ Washington (WAC) ត្រង់ជំពូក 388-71 ចែងពីលក្ខខណ្ឌនៃការបណ្តុះបណ្តាល និង/ឬការចេញវិញ្ញាបនបត្រដែលចាំបាច់ដើម្បីមានសិទ្ធិធ្វើការ និងបើកប្រាក់ខែពី AL TSA ឬ DDA ក្នុងនាមជាអ្នកផ្តល់សេវាជាឯកតុបតុល (IP)/បុគ្គលិកថែទាំរយៈពេលវែង។

សូមជូនដំណឹងដល់អ្នកថាមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច និងសុខាភិបាល (Department of Social and Health Services) (DSHS) ឬទីភ្នាក់ងារតំបន់ទទួលបន្ទុកចំពោះមនុស្សចាស់ (Area Agency on Aging) (AAA) គឺ៖

- ការបដិសេធ/ការបញ្ឈប់ការទូទាត់ប្រាក់ឱ្យអ្នកជាអ្នកផ្តល់សេវាជា IP
ការចាត់វិធានការដើម្បីបញ្ឈប់កិច្ចសន្យាសេវាកម្មអតិថិជន IP របស់អ្នក។

អ្នកមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការជា IP ទេ ហើយ DSHS នឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកសម្រាប់ចំនួនម៉ោងដែលបានធ្វើការ ឬបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលមានប្រសិទ្ធភាពខាងលើ ប្រសិនបើអ្នក៖

- មិនបានបញ្ចប់ ការបណ្តុះបណ្តាល ក្នុងរយៈពេលដែលចាំបាច់ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានពីស្ថាប័នដៃគូបណ្តុះបណ្តាល។
ការបណ្តុះបណ្តាលចាំបាច់ដល់កំណត់គឺ៖
ការបណ្តុះបណ្តាលជាមូលដ្ឋានចាប់ពី WAC 388-71-0870 ដល់ WAC 388-71-0932
ការអប់រំបន្តចាប់ពី WAC 388-71-0985 ដល់ WAC 388-71-1006។
មិនត្រូវបាន បញ្ជាក់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល (Department of Health) (DOH) ថាជាជំនួយការថែទាំតាមផ្ទះក្នុងរយៈពេលដែលបានកំណត់។ WAC 388-71-0975, ជំពូក 246-980 WAC និង RCW 18.88B.021(1)-(2)
លែងមានអ្នកជំនួយការថែទាំតាមផ្ទះ ឬលិខិតបញ្ជាក់គុណវុឌ្ឍិដែលចេញដោយ DOH ថាស្វាហាប់ និងមានស្ថានភាពល្អ។ WAC 388-71-0975, ជំពូក 246-980 WAC និង RCW 18.88B.021(1)-(2)

អ្នកអាចនឹងមិនធ្វើការដើម្បីប្រាក់ខែពី DSHS ទៀតទេ រហូតដល់អ្នកបានបំពេញលក្ខខណ្ឌ ហើយត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើដូច្នោះដោយ DSHS ឬទីភ្នាក់ងារតំបន់ទទួលបន្ទុកចំពោះមនុស្សចាស់(AAA)។

ចំណាត់ការនេះកំពុងត្រូវបានអនុវត្តដោយអាជ្ញាធរ WAC ដែលមានចុះបញ្ជីខាងលើ ឬក្រោមវិធានដូចខាងក្រោម៖
WAC 388-71-0520; WAC 388-71-0523; WAC 388-71-0540; WAC 388-71-0551; WAC 388-71-0836; WAC 388-71-0975

អតិថិជន DSHS ដែលអ្នកធ្វើការជូននឹងត្រូវបានជូនដំណឹងថាអ្នកមិនបានបញ្ចប់ការបណ្តុះបណ្តាល/ទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រចាំបាច់ត្រឹមថ្ងៃផុតកំណត់ DSHS នឹងមិនបង់ថ្លៃសេវាកម្មរបស់អ្នកនៅ ឬក្រោយកាលបរិច្ឆេទចូលធរមានខាងលើ ហើយគាត់នឹងត្រូវស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។

## សិទ្ធិបង្គាប់បញ្ជាបណ្តឹង

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសវនាការរដ្ឋបាលដោយអនុលោមតាម WAC 388-71-0561។ អ្នកមិនអាចជំទាស់នឹងចំណាត់ការដោយ DOH ដែលប៉ះពាល់ដល់ការចេញវិញ្ញាបនបត្ររបស់អ្នកបានទេ។ ចំណាត់ការដោយ DOH ត្រូវតែត្រូវបានជំទាស់តាមរយៈការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅ DOH។

អ្នកមានសិទ្ធិដូចខាងក្រោម៖

- ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានទាំងអស់ដែលប្រើប្រាស់ដោយ ALISA ឬ DDA ក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្លួន
- បញ្ជូនឯកសារធ្វើជាភស្តុតាង
- ផ្តល់សក្ខីកម្មនៅសវនាការ និងបង្ហាញសាក្សីដើម្បីធ្វើជាសាក្សីជំនួសអ្នក និង
- សុំចម្លើយសាក្សីដែលផ្តល់សក្ខីកម្មឲ្យក្រសួង។

អ្នកមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលមានប្រសិទ្ធភាពនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះសម្រាប់ការិយាល័យសវនាការរដ្ឋបាល (OAH) ដើម្បីទទួលសំណើរបស់អ្នកសុំបង្គាប់បញ្ជា។ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាល អ្នកត្រូវតែធ្វើ បញ្ជូន ឬធ្វើតាមទូរសារនូវសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅការិយាល័យ OAH។ ទម្រង់បែបបទសម្រាប់ស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាលត្រូវដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយ។

### បត្រដែលអ្នកអាចទាក់ទងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
ការិយាល័យ	ទីភ្នាក់ងារ <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS

ថតចម្លងនៅក្នុងឯកសាររបស់អ្នកផ្តល់សេវា។

តាមជំពូក 388-526 សម្រាប់វិធានសវនាការរបស់ DSHS

ធ្វើសំណើរបស់អ្នកទៅអាសយដ្ឋាននេះ៖		ឬ	ធ្វើទូរសារទៅកាន់លេខនេះ៖
ការិយាល័យសវនាការរដ្ឋបាល (OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS) (OAH) PO BOX 42489 OLYMPIA WA 98504-2489			(360) 586-6563
ខ្ញុំសូមស្នើសុំសវនាការពីព្រោះខ្ញុំចង់ដឹងថាសម្រេចចិត្តដូចខាងក្រោមដែលធ្វើឡើងដោយរដ្ឋបាលគាំទ្រការថែទាំរយៈពេលវែង និងមនុស្សចាស់ (AL TSA) ឬរដ្ឋបាលគ្រប់គ្រងពិការភាពនៃការលូតលាស់ (DDA)។			
<b>ជ្រើសយកមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម៖</b>			
AL TSA ឬ DDA កំពុង៖			
<input type="checkbox"/> បដិសេធបញ្ជប់ការទូទាត់ប្រាក់ឱ្យអ្នកជាអ្នកផ្តល់សេវាជា IP <input type="checkbox"/> ចាត់វិធានការដើម្បីបញ្ចប់កិច្ចសន្យាសេវាកម្មអតិថិជន IP របស់អ្នក។			
DSHS បានសម្រេចថា ខ្ញុំ៖			
<input type="checkbox"/> មិនត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយ DOH ថាជាជំនួយការថែទាំតាមផ្ទះក្នុងរយៈពេលដែលបានកំណត់ <input type="checkbox"/> លែងមានអ្នកជំនួយការថែទាំតាមផ្ទះ ឬលិខិតបញ្ជាក់គុណវុឌ្ឍិដោយ DOH ថាស្លាប់ និងមានស្ថានភាពល្អ <input type="checkbox"/> មិនបានបញ្ចប់ការបណ្តុះបណ្តាលដែលចាំបាច់ក្នុងរយៈពេលដែលចាំបាច់ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានពីស្ថាប័នដៃគូបណ្តុះបណ្តាល។			
សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ពធំនៅទីនេះ			
លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក	លេខអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក	ការិយាល័យដែលអ្នកទទួលបានលិខិតនេះពី៖	
		<input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> DDA <input type="checkbox"/> HCS	
សរសេរអាសយដ្ឋាន		ទីក្រុង	រដ្ឋ
		លេខកូដតំបន់របស់អ្នកជាអក្សរពុម្ពធំ	
<b>ប្រសិនបើអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍</b>			
ខ្ញុំត្រូវបានតំណាងដោយ (ប្រសិនបើអ្នកនឹងតំណាងខ្លួនអ្នក មិនត្រូវបំពេញពីរបន្ទាត់នៅជួរខាងលើនេះ)៖			
សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងអ្នកជាអក្សរពុម្ពធំនៅទីនេះ		សរសេរលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកតំណាងអ្នកជាអក្សរពុម្ពធំនៅទីនេះ	
អាសយដ្ឋាន		ទីក្រុង	រដ្ឋ   លេខកូដតំបន់
<b>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងសាក់នៅ</b>			
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសា ឬជំនួយផ្សេងទៀតសម្រាប់សវនាការទេ? <input type="checkbox"/> ត្រូវការ <input type="checkbox"/> ទេ			
បើត្រូវការ តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាអ្វី ឬជំនួយអ្វី?			