

ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາເອກສານຢັ້ງຢືນສຳລັບສະພາບການພະຍາບານ ແລະ ຄວາມສາມາດດ້ານການທຳງານທີ່ຍັງເຫຼືອຢູ່ Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

ມາຍັງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການປື້ມປົວສຸຂະພາບ:

ສຳລັບລູກຄ້າຜູ້ໃຫຍ່ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບສາທາຣະນະຊົນ (TANF), ເວົ້າເຈົ້າໄດ້ຖືກບິງໃຫ້ເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກ, ຫຼືໄດ້ຮັບການຝຶກຝົນເພື່ອຈະວຽກງານເຖິງ 40 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ. ລູກຄ້າບາງຄົນອາດຈະບໍ່ສາມາດທີ່ຈະສອດຄ່ອງນຳກິດກຳນົດອັນນີ້ໄດ້ຍ້ອນບັນຫາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳສຸຂະພາບ. ລູກຄ້າເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະຕ້ອງການການໂຈະໄວ້ກ່ອນຊົ່ວຄາວຈາກກິຈກັມການເຮັດວຽກ, ອາດຈະສາມາດທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໄດ້ແຕ່ວ່າເປັນຈຳນວນຊົ່ວໂມງຈຳກັດ, ຫຼືອາດຈະຕ້ອງການທີ່ຈະຫຼີກເວັ້ນກິຈກັມການເຮັດວຽກບາງຊະນິດ.

_____ (ຊື່ຂອງລູກຄ້າ) ໄດ້ບອກພວກເຮົາວ່າເຂົາເຈົ້າ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເຂົາເຈົ້າເບິ່ງແຍງດູແລມີສະພາບການພະຍາບານ, ມັນສະມອງ ຫຼື ຄວາມຮູ້ສຶກຊຶ່ງກົດກັ້ນ ຫຼື ຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກງານ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໃນການຝຶກຝົນເພື່ອຈະເຮັດວຽກງານ.

ກະຮຸນາຂຽນປະກອບໃບຟອມທີ່ຖືກຄັດມາພ້ອມນີ້ເພື່ອຈະອະທິບາຍຂອບເຂດຈຳກັດທາງການພະຍາບານເຫຼົ່ານີ້. ຖ້າຫາກວ່າຣະຍະເວລາຂອງສະພາບການແນວໃດແນວນຶ່ງຈະຍາວນານດົນກວ່າສາມເດືອນ, ກະຮຸນາສິ່ງໃບໂກບຂອງຫຼັກຖານອົງຕາມການພະຍາບານມາໃຫ້ (ເຈົ້າຮຸຈິດບັນທຶກ, ຫ້ອງວິຈັຍ, ຫ້ອງສ່ອງໄຟຟ້າ, ແລະ ການກວດພະຍາດອື່ນໆ) ເພື່ອຈະພິສູດສະພາບການ. ກະຮຸນາສິ່ງໃບນີ້ໄປເກັບເອົາເງິນນຳກົມ DSHS, ບໍ່ແມ່ນລູກຄ້າ, ສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວພັນນຳການສິ່ງຮາຍຣະອຽດອັນນີ້ມາໃຫ້.

ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຮາຍຣະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະພິຈາຣະນາເບິ່ງຣະດັບຂອງການເຂົ້າຮ່ວມທີ່ຕ້ອງໄດ້ເຮັດ (ຮອດ 40 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ) ໃນຊະນິດຂອງກິຈກັມການເຄື່ອນໄຫວເຫຼົ່ານີ້, ແລະ ຂອບເຂດຈຳກັດຕ່າງໆເພື່ອຈະພິຈາຣະນາເບິ່ງໃນການອອກແບບແຜນການຂອງກິຈກັມການເຄື່ອນໄຫວທີ່ຖືກເຮັດອອກມາໃສ່ສະເພາະໂດຍອົງຕາມຄວາມຕ້ອງການທາງການພະຍາບານຂອງລູກຄ້າ.

ກະຮຸນາສິ່ງຮາຍຣະອຽດມາໃຫ້ກ່ອນວັນທີ _____ (ວັນທີສຸດຂາດ). ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບຮາຍຣະອຽດທາງການພະຍາບານແນວໃດຈາກທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະບິງໃຫ້ມີການເຂົ້າຮ່ວມເຕັມເວລາ, ຮອດ 40 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ, ໃນວຽກງານ, ການຊອກວຽກງານ ຫຼື ການຝຶກຝົນເພື່ອໄປເຮັດວຽກຕາມທີ່ຖືກອະທິບາຍຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້. ຖ້າຫາກວ່າບໍ່ສອດຄ່ອງນຳກິດກຳນົດເຫຼົ່ານີ້, ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດຈະຖືກລຸດລົງ ຫຼື ຕັດ.

ຖ້າວ່າທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດ ຫຼື ຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອຈະສິ່ງຮາຍຣະອຽດມາໃຫ້ພວກເຮົາ, ກະຮຸນາໂທມາຫາອ້າພະເຈົ້າໄດ້ທີ່ _____ (ເລກຂອງພະນັກງານ). ທ່ານຈະສິ່ງເອກສານທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວອັນນີ້ ແລະ ເຈົ້າຮຸຈິດບັນທຶກຕ່າງໆມາຫາເລກແຟກຊ໌ທີ່ວັດຂອງພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເລກ 1-888-338-7410 ຫຼື ສິ່ງມາທາງໄປສະນີໄປທີ່ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

ຂອບໃຈ,

_____ ຊື່ຂອງພະນັກງານ

**ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາເອກສານຢັ້ງຢືນສໍາລັບສະພາບການພະຍາບານ ແລະ
ຄວາມສາມາດດ້ານການທຳງານທີ່ຍັງເຫຼືອຢູ່**
Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ	ວັນເກີດ	ເລກປະຈຳຕົວຂອງລູກຄ້າ												
ຊື່ຂອງຄົນເຈັບທີ່ຖືກປະເມີນຜົນເບິ່ງຖ້າຫາກວ່າແຕກຕ່າງຈາກລູກຄ້າທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້														
ຊື່ຂອງພະນັກງານ WORKFIRST		ເລກໂທຣະສັບ												
ທີ່ຢູ່ຂອງຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຄົນ (CSO)														
<p>ເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫຼືອກົມພິຈາຣະນາເບິ່ງຂອບເຂດຈຳກັດຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້, ກະຮຸນາສົ່ງຮາຍຣະອຽດຕໍ່ລົງໄປນີ້ມາໃຫ້:</p> <p>1. ບຸກຄົນນີ້ມີບັນຫາອັນເຈາະຈົງ (ກະຮຸນາຫມາຍໃສ່ບ່ອນ) <input type="checkbox"/> ຮ່າງກາຍ, <input type="checkbox"/> ມັນສະມອງ, <input type="checkbox"/> ຄວາມຮູ້ສຶກ, ຫລື <input type="checkbox"/> ບັນຫານຳການຈະເລີນເຕີບໂຕ ຊຶ່ງຕ້ອງການການອຳນວຍຄວາມສະດວກ ຫລື ການພິຈາຣະນາພິເສດບໍ່?</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p>														
<p>2. ຖ້າແມ່ນ, ຊະນິດຂອງສະພາບການ ຫລື ການກວດພົບພະຍາດແນວໃດ?</p> <p>ອັນນີ້ໄດ້ຖືກຊຸມຊື່ດ້ວຍຫຼັກຖານອົງຕາມການພະຍາບານ (ການກວດເບິ່ງ, ລາຍງານຈາກຫ້ອງວິຈິຍ, ອື່ນໆ) ບໍ່?</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າຫາກວ່າແມ່ນ, ກະຮຸນາຄັດຫຼັກຖານຊຸມຊື່ມາໃບຟອມໃບນີ້.</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ. ຖ້າຫາກວ່າບໍ່ແມ່ນ, ກະຮຸນາກ່າວເຖິງຢູ່ໃນຄຳຖາມ 8.</p>														
<p>3. ສະພາບການພະຍາບານທີ່ຖືກກ່າວຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກວຽກ, ຫລື ຕຽມຕົວໃຫ້ພ້ອມທີ່ຈະເຮັດວຽກບໍ່?</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າຫາກວ່າແມ່ນ, ຫມາຍໃສ່ຕົວຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳທຸກໆຢ່າງຂ້າງລຸ່ມນີ້. <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຕົວຢ່າງຂອງຂອບເຂດຈຳກັດລວມເອົາຄວາມສາມາດທີ່ຈະ:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ທີ່ຈະຍົກສິ່ງຂອງຫນັກ</td> <td><input type="checkbox"/> ຕັ້ງໃຈໃສ່ເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ຍືນ ຫລື ນັ່ງເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ</td> <td><input type="checkbox"/> ເຮັດການເຫນັງຕຶງຊ້ຳກັນ,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ປະຕິບັດຕາມຄຳຊີ້ນຳ</td> <td><input type="checkbox"/> ເຮັດຕອບໂຕ້ນຳຄົນ,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ກິນລົງ</td> <td><input type="checkbox"/> ອິດທິນຕໍ່ການສຳຜັດນຳທາດເຄມີ, ທາດຫລໍ່ລິ້ນ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ຢັ້ງເອົາ</td> <td><input type="checkbox"/> ຄວາມຊຳນານນຳການເຫນັງຕຶງສ່ວນໃຫຍ່ຫລືສຳຄັນ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ການຮັກສາຄວາມຊົງຈຳໄວ້</td> <td></td> </tr> </table> <p>ກະຮຸນາອະທິບາຍຂອບເຂດຈຳກັດອັນເຈາະຈົງອື່ນໆຕ່າງໆທີ່ບໍ່ໄດ້ຖືກກ່າວມາຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້:</p> <p>ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ຄວນຈະຖືກຈຳກັດຕໍ່ຂອບເຂດຂອງການເຂົ້າຮ່ວມຕໍ່ລົງໄປນີ້ຕໍ່ອາທິດ:</p> <p><input type="checkbox"/> ຊົ່ວໂມງ (ບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມ) <input type="checkbox"/> 1 – 10 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 11 – 20 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 21 – 30 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 31 – 40 ຊົ່ວໂມງ.</p>			<input type="checkbox"/> ທີ່ຈະຍົກສິ່ງຂອງຫນັກ	<input type="checkbox"/> ຕັ້ງໃຈໃສ່ເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ,	<input type="checkbox"/> ຍືນ ຫລື ນັ່ງເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ	<input type="checkbox"/> ເຮັດການເຫນັງຕຶງຊ້ຳກັນ,	<input type="checkbox"/> ປະຕິບັດຕາມຄຳຊີ້ນຳ	<input type="checkbox"/> ເຮັດຕອບໂຕ້ນຳຄົນ,	<input type="checkbox"/> ກິນລົງ	<input type="checkbox"/> ອິດທິນຕໍ່ການສຳຜັດນຳທາດເຄມີ, ທາດຫລໍ່ລິ້ນ	<input type="checkbox"/> ຢັ້ງເອົາ	<input type="checkbox"/> ຄວາມຊຳນານນຳການເຫນັງຕຶງສ່ວນໃຫຍ່ຫລືສຳຄັນ	<input type="checkbox"/> ການຮັກສາຄວາມຊົງຈຳໄວ້	
<input type="checkbox"/> ທີ່ຈະຍົກສິ່ງຂອງຫນັກ	<input type="checkbox"/> ຕັ້ງໃຈໃສ່ເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ,													
<input type="checkbox"/> ຍືນ ຫລື ນັ່ງເປັນຣະຍະເວລາດົນນານ	<input type="checkbox"/> ເຮັດການເຫນັງຕຶງຊ້ຳກັນ,													
<input type="checkbox"/> ປະຕິບັດຕາມຄຳຊີ້ນຳ	<input type="checkbox"/> ເຮັດຕອບໂຕ້ນຳຄົນ,													
<input type="checkbox"/> ກິນລົງ	<input type="checkbox"/> ອິດທິນຕໍ່ການສຳຜັດນຳທາດເຄມີ, ທາດຫລໍ່ລິ້ນ													
<input type="checkbox"/> ຢັ້ງເອົາ	<input type="checkbox"/> ຄວາມຊຳນານນຳການເຫນັງຕຶງສ່ວນໃຫຍ່ຫລືສຳຄັນ													
<input type="checkbox"/> ການຮັກສາຄວາມຊົງຈຳໄວ້														



4. ບຸກຄົນນີ້ມີຂອບເຂດຈຳກັດແນວໃດບໍ່ ນຳການຍົກ ແລະ ການຖືໄປ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ມີຂອບເຂດຈຳກັດຕໍ່ລົງໄປນີ້:
- ຈຳກັດຮ້າຍແຮງຫລາຍ: ບໍ່ສາມາດທີ່ຈະຍົກໄດ້ຢ່າງຫນ້ອຍ 2 ພາວດ ຫລື ບໍ່ສາມາດທີ່ຈະຢືນ ຫລື ຍ່າງໄດ້.
 - ວຽກເຮັດຢູ່ບ່ອນດຽວ: ສາມາດທີ່ຈະຍົກ 10 ພາວດສູງສຸດ ແລະ ຍົກເລື້ອຍໆ* ຫລື ຫ້ວເອົາສິ່ງຂອງເຊັ່ນວ່າບັນທຶກເອກສານ ແລະ ເຄື່ອງມືນ້ອຍໆ. ວຽກເຮັດຢູ່ບ່ອນດຽວອາດຈະຕ້ອງມີການນັ່ງ, ການຍ່າງ ແລະ ການຍືນເປັນຮະຍະເວລາສັ້ນໆ.
 - ວຽກເບົາ: ສາມາດທີ່ຈະຍົກ 20 ພາວດສູງສຸດ ແລະ ຍົກເລື້ອຍໆ* ຫລື ຫ້ວເອົາສິ່ງຂອງຮອດ 10 ພາວດ. ເຖິງແມ່ນວ່ານ້ຳໜັກທີ່ຖືກຍົກອາດຈະນ້ອຍເກີນໄປ ຫລື ບໍ່ສຳຄັນ, ວຽກເບົາອາດຈະຕ້ອງມີການຍ່າງ ຫລື ການຍືນຮອດ 6 ຊົ່ວໂມງຈາກ 8 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, ຫລື ກ່ຽວພັນນຳການນັ່ງຕະລອດເວລາສ່ວນຫລາຍດ້ວຍການຊຸກ ແລະ ການດຶງການຄວບຄຸມແຂນ ຫລື ຂາໃນບາງຄັ້ງບາງຄາວ.
 - ວຽກປານກາງ: ສາມາດທີ່ຈະຍົກ 50 ພາວດສູງສຸດ ແລະ ຍົກເລື້ອຍໆ* ຫລື ຫ້ວເອົາສິ່ງຂອງຮອດ 25 ພາວດ.
 - ວຽກຫນັກ: ສາມາດທີ່ຈະຍົກ 100 ພາວດສູງສຸດ ແລະ ຍົກເລື້ອຍໆ* ຫລື ຫ້ວເອົາສິ່ງຂອງຮອດ 50 ພາວດ.
- * ບຸກຄົນສາມາດທີ່ຈະປະຕິບັດພາລະຫນ້າທີ່ເປັນເວລາ 2.5 ຫາ 6 ຊົ່ວໂມງໃນມື້ນຶ່ງ 8 ຊົ່ວໂມງ. ມັນບໍ່ຈຳເປັນທີ່ການປະຕິບັດງານຈະຕ້ອງໄດ້ດຳເນີນຕິດຕໍ່ກັນໄປ.

5. ສະພາບຂອງບຸກຄົນນີ້ສະທ້ອນເຖິງຄວາມສາມາດຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເຂົ້າເຖິງການບໍລິການບໍ່ (ເຊັ່ນວ່າການໃຊ້ໂທຣະສັບ, ການຮັບເອົາການປິ່ນປົວ, ການເຮັດ ແລະ ການຮັກສາຫມາຍນັດພົບ, ການໃຊ້ການບໍລິການຂົນສົ່ງ, ຫລື ການຊອກຫາການບໍລິການ) ຫລືການສະນັບສະນູນສຳລັບເຂົາເຈົ້າເອງບໍ່?
- ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງອະທິບາຍ:

6. ສະພາບຂອງບຸກຄົນນີ້ຖາວອນ ແລະ ຄ້າຍຄືວ່າຈະຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກ, ຫລື ຝຶກຝົນສຳລັບວຽກງານບໍ່?
- ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ; ຖ້າຫາກວ່າສະພາບບໍ່ແມ່ນຖາວອນ, ສະພາບຂອງບຸກຄົນນີ້ຄ້າຍຄືວ່າຈະຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກ, ຫລື ຝຶກຝົນສຳລັບວຽກງານດົນປານໃດ. ກະຊວງໃຊ້ບ່ອນວ່າງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອຈະຊີ້ບອກຈຳນວນອາທິດ ຫລື ເດືອນ:
- _____ ຈຳນວນອາທິດ, ຫລື
- _____ ຈຳນວນເດືອນ.

7. a. ມີແຜນການປິ່ນປົວອັນເຈາະຈົງແນວໃດບໍ່ ທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດເພື່ອຈະແກ້ໄຂສະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນນີ້?
- ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຖ້າມີ, ຈົ່ງອະທິບາຍແຜນການປິ່ນປົວ.
- b. ແມ່ນໃຜຈະເອົາໃຫ້ ແລະ ຄວບຄຸມກຳກັບນຳແຜນການປິ່ນປົວທີ່ດຳເນີນຕໍ່ໄປຂອງບຸກຄົນນີ້?

8. ມີບັນຫາອັນເຈາະຈົງແນວໃດທີ່ຕ້ອງການການຕີຮາຄາ ຫລື ການປະເມີນຜົນເພີ່ມເຕີມອີກ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາອະທິບາຍຊະນິດຂອງການຕີຮາຄາ ຫລື ການປະເມີນຜົນແນວໃດທີ່ອາດຈະຕ້ອງການເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງສະພາບການພະຍາບານ ແລະ ວາງແຜນທີ່ຈະແກ້ໄຂ. ກະຮຸນາຊີ້ບອກວ່າການສົ່ງໄປຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານຕໍ່ໄປຕ້ອງມີ.

9. ຖ້າຫາກວ່າຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ຖືກຕີຮາຄາປະເມີນຜົນເບິ່ງແມ່ນແຕກຕ່າງຈາກລູກຄ້າຜູ້ທີ່ຖືກບັງຊີ້ບອນຜົນສະທ້ອນທີ່ສະພາບຂອງຄົນເຈັບມີຕໍ່ຄວາມສາມາດຂອງລູກຄ້າທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມ ຍ້ອນຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈະເບິ່ງແຍງດູແລຍຸກຄົນຢູ່ໃນເຮືອນຂອງເຂົາເຈົ້າ, ກະຮຸນາຂຽນປະກອບຕໍ່ລົງໄປນີ້.

ໂດຍອີງຕາມສະພາບຂອງເດັກນ້ອຍເພີ່ມຂຶ້ນຜູ້ໃຫຍ່, ຫມາຍໃສ່ບອກທີ່ເໝາະສົມ:

- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າຮ່ວມນຳຢູ່ນອກເຮືອນ 0 – 10 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າຮ່ວມນຳຢູ່ນອກເຮືອນ 11 – 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າຮ່ວມນຳຢູ່ນອກເຮືອນ 21 – 30 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.
- ພໍ່ແມ່/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສາມາດເຂົ້າຮ່ວມນຳຢູ່ນອກເຮືອນຫລາຍກວ່າ 30 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.
- ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ມາຫາຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

ດິນນານປານໃດທີ່ທ່ານຄາດວ່າພໍ່ແມ່ຈະຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລໃນລະດັບນີ້: _____ ຈຳນວນອາທິດ
 _____ ຈຳນວນເດືອນ

ຜູ້ໃຫ້ການປຶ້ນປົວສຸຂະພາບພະຍາບານໂຮກຈິດ/ຜູ້ຊ່ຽວຊານອື່ນໆ

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	ເລກໂທຮະສັບ
---------	-------	------------

ຊື່ ແລະ ຫນ້າທີ່ການຂຽນເປັນຕົວພິມ

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ຊື່ບໍລິເວນ _____
WA

ການອະນຸຍາດທີ່ຈະເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ _____ ທີ່ຈະເປີດເຜີຍໃຫ້ແກ່ກົມສັງຄົມ ແລະ ສົງຄະລາ ຮາຍຮະອຽດຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ ແລະ ຮາຍຮະອຽດຂອງບັນທຶກພະຍາບານຕ່າງໆ ຊຶ່ງຍືນຍັນສະພາບການເຈັບປ່ວຍ/ການບາດເຈັບ ຊຶ່ງກົດກັນຂ້າພະເຈົ້າຈາກການເຮັດວຽກ, ຢ່າງດຽວເທົ່ານັ້ນ ເພື່ອຈະຕີ ຮາຄາຄວາມສາມາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມຢູ່ໃນໂຄງການ **WorkFirst**. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການເປີດເຜີຍອັນນີ້ລວມເອົາຢ່າງເຈາະຈົງ ຮາຍຮະອຽດຂອງການ ກວດເບິ່ງ ຫລື ການປຶ້ນປົວພະຍາດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບໂຮກຈິດ, ການຕິດເຫລົ້າ ຫລື ຢາເສພຕິດ ແລະ ຜົນອອກມາຂອງພະຍາດຖ່າຍທອດທາງເພດ (**STD**), ລວມທັງ ພະຍາດ **HIV/AIDS**, ເມື່ອຮາຍຮະອຽດເຫລົ່ານີ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງບັນທຶກ. (ກົດຫມາຍປົກຄອງຮັດວໍຊິງຕັນ (**RCW**) 78.24.105)

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ	ວັນທີ
-------------------	-------

ຄຳຊີ້ນຳ

ຜູ້ຈັດການເອກສານ WorkFirst ຂອງກົມ DSHS /ພະນັກງານສັງຄົມ: ຈຸດປະສົງຂອງຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃນການອອກແບບແຜນການຮັບພຶດຊອບສ່ວນບຸກຄົນ, ຊຶ່ງເປັນຜົນອອກມາຈາກສະພາບການພະຍາບານ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະ, ມັນມີຜົນສະທ້ອນເຖິງຄວາມສາມາດຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກເຮັດ, ເຂົ້າຮ່ວມໃນການຝຶກຝົນ ແລະ/ຫລື ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການ. **ການໃຊ້ຟອມໃບນີ້ບໍ່ແມ່ນ ຕ້ອງໄດ້ເຮັດຖ້າຫາກວ່າເອກສານແນວອື່ນຫາກມີຢູ່.** ທ່ານຈະເອົາຟອມໃບນີ້ໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍ/ຜູ້ຮັບເອົາເພື່ອຈະເອົາໄປຫາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຊ່ຽວຊານທີ່ເໝາະສົມເພື່ອການຂຽນປະກອບ ຫລື ທ່ານຈະສົ່ງໂດຍກົງໂລດໄປຫາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກເອົາທີ່ຈະສົ່ງຟອມໃບນີ້,ໃຫ້ເອົາລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າໃສ່ຫນ້າສຸດທ້າຍ, ແລະ ຄັດຊອງເປົ່າຈຳຫນ້າຊອງທີ່ຕິດສະແດງແລ້ວໃສ່ໄປນຳ.

ລູກຄ້າຂອງກົມ DSHS: ຈຸດປະສົງຂອງຟອມໃບນີ້ແມ່ນເພື່ອຈະເກັບກຳເອົາຮາຍຮະອຽດຈາກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການພະຍາບານຊຶ່ງຈະຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ຈັດການເອກສານຂອງທ່ານໃນການກວດຫວນຄືນເບິ່ງບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ການກໍ່ຕັ້ງແຜນການຮັບພຶດຊອບສ່ວນບຸກຄົນຊຶ່ງຈະສອດຄ່ອງນຳຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ຂອບເຂດອັນເຈາະຈົງຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ.

ທ່ານຫນ້າຜູ້ໃຫ້ການປົນປົວສຸຂະພາບ: ສຳລັບລູກຄ້າຜູ້ໃຫຍ່ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນແວວແຟຣ໌ (TANF), ເວົ້າເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກເຮັດຢ່າງຈິງຈັງ, ຫລື ໄດ້ຮັບການຝຶກຝົນເພື່ອຈະເຮັດວຽກເປັນເວລາ **32** ຫາ **40** ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ. ລູກຄ້າບາງຄົນອາດຈະບໍ່ສາມາດທີ່ຈະສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດອັນນີ້ຍ້ອນບັນຫາກ່ຽວຂ້ອງນຳສຸຂະພາບ. ລູກຄ້າເຫລົ່ານີ້ອາດຈະຕ້ອງຖືກໂຈະໄວ້ຊົ່ວຄາວຈາກກົຈັກມວຽກງານ, ອາດຈະສາມາດທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມແຕ່ວ່າສຳລັບຈຳນວນຊົ່ວໂມງຈຳກັດ, ຫລື ອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຫລີກເວັ້ນກົຈັກມວຽກງານບາງຊະນິດ. ກະຊວງຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້ແລະ ເອົາໃຫ້ລູກຄ້າ ຫລື ສົ່ງໄປຫາເລກແຟກຊ໌ທີ່ວຽກຂອງພວກເຮົາທີ່ເລກ **1-888-338-7410**, ຫລື ສົ່ງໄປຫາຜູ້ຈັດການເອກສານ **WorkFirst** ທີ່ **DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699**. ສິ່ງມາໃຫ້ພວກເຮົາບັນທຶກຕ່າງໆ, ຫນັງສື ຫລື ເອກສານແນວອື່ນທີ່ທ່ານມີຢູ່ແລ້ວໃນບັນທຶກຂອງທ່ານຊຶ່ງເວົ້າເຖິງຂອບເຂດຈຳກັດຂອງບຸກຄົນ.