

Vocational Information

FOR DVR STAFF ONLY (សម្រាប់បុគ្គលិក DVR តែប៉ុណ្ណោះ)

VRC ASSIGNED

APPLICATION DATE

សូមបំពេញបែបបទនេះឲ្យបានច្រើនតាមតែអ្នកអាចធ្វើបាន ។ ព័ត៌មាននេះនឹងជួយផ្នែកស្តារនីតិសម្បទាវិជ្ជាជីវៈ (DVR) ក្នុងការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន និងគម្រោងវិជ្ជាជីវៈរបស់អ្នក ។ ព័ត៌មានរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាសម្ងាត់ និងត្រូវបានប្រើតែពេលណាចាំបាច់សម្រាប់ការស្តារនីតិសម្បទារបស់អ្នក ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញបែបបទនេះ សូមសាកសួរអ្នកប្រឹក្សារបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយ ។

I. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

1. លេខសន្តិសុខសង្គម	2. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ឈ្មោះកណ្តាល	ត្រកូល
---------------------	--------------------------	-------------	--------

3. ឈ្មោះដែលចង់ឲ្យហៅ (ឈ្មោះ)	4. ត្រកូលពីមុន	5. ឈ្មោះពីមុន
-----------------------------	----------------	---------------

6. ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	7. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	8. ខោនធីដែលអ្នករស់នៅ
--	---------------------	----------------------

9. អាសយដ្ឋានធ្មេញសំបុក	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
------------------------	---------	------	----------

10. អាសយដ្ឋានផ្លូវ (បើខុសពីអាសយដ្ឋានធ្មេញសំបុក)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
---	---------	------	----------

11. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	12. VIDEOPHONE IP
---------------------	-------------------

13. លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់) <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> TTY/TDD	14. លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់) <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> TTY/TDD
---	---

15. ស្ថានភាពត្រួសារ
 មិនដែលរៀបការ រៀបការ បែកគ្នា លែងលះ ភាពជាដៃគូដែលទទួលស្គាល់ដោយច្បាប់ ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ

16. ចំនួនមនុស្សក្នុងបន្ទុក ៖ _____ ចំនួនមនុស្សក្នុងត្រួសារ ៖ _____

17. ឈ្មោះសមាជិកត្រួសារ	ទំនាក់ទំនង	អាយុ	ឈ្មោះសមាជិកត្រួសារ	ទំនាក់ទំនង	អាយុ

18. ការរៀបចំការរស់នៅ
 កន្លែងស្នាក់នៅឯកជន កន្លែងកែប្រែមនុស្សពេញវ័យ
 កន្លែងស្នាក់នៅក្នុងសហគមន៍/ក្រុមគេហដ្ឋាន Halfway house
 កន្លែងស្នាក់នៅនីតិសម្បទា មជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលការញៀនសារធាតុគីមី
 កន្លែងសុខភាពផ្លូវចិត្ត គ្មានផ្ទះ / កន្លែងជួកកោន
 គេហដ្ឋានថែទាំ ផ្សេងៗ ៖ _____

19. បញ្ហាផ្នែកច្បាប់
 តើអ្នកមានប្រវត្តិបទល្មើសដែលប៉ះពាល់ដល់អ្នកអាចធ្វើការក្នុងការងារ ឬផ្នែកណាមួយ ឬអត់? បាទ/ចាស ទេ
 តើអ្នកមានការចោទប្រកាន់ DWI/DUI ទេ? បាទ/ចាស ទេ
 តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានចោទប្រកាន់បទឧក្រិដ្ឋទេ? បាទ/ចាស ទេ បើបាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម ៖
 ឈ្មោះមន្ត្រីការពាររទាស/ការដោះលែងមានលក្ខណៈ : _____ លេខទូរស័ព្ទ ៖ _____
 កាលបរិច្ឆេទដោះលែង ៖ _____ ទីក្រុង/យុត្តាធិការ ៖ _____

II. វេជ្ជសាស្ត្រ / ផ្លូវចិត្ត

1. តើអ្នកមានស្ថានភាពមួយ ឬច្រើនដែលប៉ះពាល់សមត្ថភាពធ្វើការរបស់អ្នក? បាទ/ចាស ទេ

2. តើស្ថានភាពរបស់អ្នកជា ៖

<input type="checkbox"/> រាងកាយ	<input type="checkbox"/> គ្រឿងស្រវឹង/ថ្នាំញៀន	<input type="checkbox"/> ផ្លូវចិត្ត/អារម្មណ៍
<input type="checkbox"/> សសៃរូបសាទ	<input type="checkbox"/> វិញ្ញាណ (ស្តាប់ឮ/មើលឃើញ)	<input type="checkbox"/> ពិការភាពការសិក្សា

3. ពណ៌នាដោយសង្ខេបពីស្ថានភាព ៖

4. តើអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំទេ? បាទ/ចាស ទេ បើបាទ/ចាស សូមរាយឈ្មោះថ្នាំ ៖

5. តើស្ថានភាពរបស់អ្នកបង្កអ្នកពិការទទួលបានការងារ រក្សាការងារ ឬធ្វើការកិច្ចការងារសំខាន់ៗយ៉ាងដូចម្តេច?

6. តើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភចំណុចខាងក្រោមទេ?

<input type="checkbox"/> ការមើលឃើញ	<input type="checkbox"/> ការស្តាប់ឮ	<input type="checkbox"/> ការនិយាយ	<input type="checkbox"/> ពោះវៀន
<input type="checkbox"/> រូបសក្សាល ឬពិការអវយវៈ	<input type="checkbox"/> ជួសាច់ / មហារីក	<input type="checkbox"/> សម្ពាធឈាមខ្ពស់	<input type="checkbox"/> ខ្យល់ត / សន្ទប់
<input type="checkbox"/> បេះដូង	<input type="checkbox"/> ធម្មិត្តស្រ្តី / ប្រកាច់	<input type="checkbox"/> វិបត្តិឈាម	<input type="checkbox"/> គេងមិនលក់
<input type="checkbox"/> ធម្មិត្ត / ផ្លូវចិត្ត	<input type="checkbox"/> ឈឺក្បាល	<input type="checkbox"/> ប្រតិកម្ម / រមាស់	<input type="checkbox"/> ឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ
<input type="checkbox"/> ក្រពះ ពោះវៀនតូច	<input type="checkbox"/> ចលនា		

7. តើអ្នកធ្លាប់មិនដឹងខ្លួនដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើបាទ/ចាស សូមពន្យល់ដោយសង្ខេប ៖

8. ពណ៌នាបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត ៖

9. តើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភចំណុចខាងក្រោមទេ?

<input type="checkbox"/> ការតស៊ូ / ភាពខ្លាំង	<input type="checkbox"/> ការខ្វល់បារម្ភ	<input type="checkbox"/> ការចងចាំអ្វីៗ	<input type="checkbox"/> កំហឹង ឬចាប់ខឹង
<input type="checkbox"/> ការធ្វើតាមការណែនាំ	<input type="checkbox"/> ការអាន ឬសរសេរ	<input type="checkbox"/> គ្រួសារ	<input type="checkbox"/> ការផ្តល់អារម្មណ៍
<input type="checkbox"/> គ្រូរូបវិទ្យាមួយអ្នកដទៃ	<input type="checkbox"/> ការសម្របសម្រួល	<input type="checkbox"/> ការធ្វើការយឺតៗ	<input type="checkbox"/> គណិតវិទ្យា
<input type="checkbox"/> អវត្តមានពីការងារច្រើន	<input type="checkbox"/> ការនិយាយ	<input type="checkbox"/> កង្វល់ ឬការគំរាម	

10. តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាល ៖

a. បញ្ហាអារម្មណ៍ ឬសុខភាពផ្លូវចិត្តទេ? បាទ/ចាស ទេ បើបាទ/ចាស សូមពន្យល់ ៖

b. ញៀនថ្នាំ និង/ឬគ្រឿងស្រវឹងទេ? បាទ/ចាស ទេ បើបាទ/ចាស សូមពន្យល់ ៖

11. រាយឈ្មោះគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកឯកទេសដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពអ្នក ។

កាលបរិច្ឆេទព្យាបាល	ឈ្មោះ	អាសយដ្ឋាន

12. តើអ្នកធ្លាប់សម្រាកពេទ្យដោយសារស្ថានភាពរបស់អ្នកទេ? បាទ/ចាស ទេ

កាលបរិច្ឆេទព្យាបាល	មន្ទីរពេទ្យ	អាសយដ្ឋាន
មូលហេតុ		
មូលហេតុ		

III. ការអប់រំ និងការសិក្សាតារាងរ

1. តើអ្នកសិក្សាក្នុងវិទ្យាល័យ ឬកម្មវិធីអន្តរកម្ម? បាទ/ចាស ទេ បើបាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ៖

តើអ្នកមានគម្រោងការសម្របសម្រួល 504 ទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មក្រោម IEP ទេ? បាទ/ចាស ទេ

2. តើអ្នកបញ្ចប់វិទ្យាល័យទេ? បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកបានទទួលវិញ្ញាបនបត្រ ឬ GED? បាទ/ចាស ទេ

ឈ្មោះសាលា	ឆ្នាំបញ្ចប់	ទីក្រុង និងរដ្ឋ	បើទេ តើអ្នកបានរៀនដល់ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?

3. តើអ្នកបានចូលរៀនមហាវិទ្យាល័យទេ? បាទ/ចាស ទេ

មហាវិទ្យាល័យ/សាកលវិទ្យាល័យ	ចំនួនឆ្នាំដែលបានរៀន	ឆ្នាំបញ្ចប់	មុខវិទ្យាសិក្សា	សញ្ញាបត្រ

រាយឈ្មោះសាលា ឬការបណ្តុះបណ្តាល ៖	រាយទំនាញពិសេស វិញ្ញាបនបត្រ ឬអាជ្ញាបណ្ណ ៖
---------------------------------	--

4. ចូលបម្រើយោធា

តើអ្នកធ្លាប់បម្រើកងទ័ពទេ? បាទ/ចាស ទេ ប្រភេទរំសាយ ៖ _____

បើបាទ/ចាស រាយផ្នែកនៃការចូលបម្រើ ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទចូលបម្រើ ៖ _____

រាយការងារ ជំនាញ និងការបណ្តុះបណ្តាលពិសេស ៖

5. តើស្ថានភាពការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកជាអ្វី?

<input type="checkbox"/> ធ្វើការពេញម៉ោង ឬក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> Extended Employment (សិទ្ធិសាលាដែលបានការពារ) <input type="checkbox"/> ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> កម្មវិធីសហគ្រាសជំនួញដែលគ្រប់គ្រងដោយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ (BEP) <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកគ្រួសារដែលមិនបានកម្រៃ (ជំនួញគ្រួសារ ឬកសិកម្ម) <input type="checkbox"/> មេផ្ទះ (ថែទាំផ្ទះ ដូចជាមនុស្សផ្សេងទៀតក្នុងគ្រួសារអាចរកប្រាក់បាន)	<input type="checkbox"/> ការងារជាមួយសេវាកម្មជំនួយការងារ <input type="checkbox"/> គ្មានការងារ កំពុងសិក្សានៅមហាវិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> គ្មានការងារ កំពុងសិក្សានៅវិទ្យាល័យ ឬកម្មវិធី GED <input type="checkbox"/> គ្មានការងារ កំពុងជាសិក្ខាកាម អ្នកហាត់ការ ឬអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត <input type="checkbox"/> គ្មានការងារ ផ្សេងៗ
---	---

ប្រវត្តិការងារ ៖ រាយការងារចំនួន (3) ចុងក្រោយរបស់អ្នក

មុខងារ	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់
ទិសដៅ	ទីក្រុង និងរដ្ឋ	
ប្រាក់ខែ ៖ \$ _____ ក្នុង ៖ <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	ចំនួនម៉ោងដែលបានធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍	
ជំនាញ/ការភកិច្ច	មូលហេតុចាកចេញ	
មុខងារ	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់
ទិសដៅ	ទីក្រុង និងរដ្ឋ	
ប្រាក់ខែ ៖ \$ _____ ក្នុង ៖ <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	ចំនួនម៉ោងដែលបានធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍	
ជំនាញ/ការភកិច្ច	មូលហេតុចាកចេញ	
មុខងារ	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់
ទិសដៅ	ទីក្រុង និងរដ្ឋ	
ប្រាក់ខែ ៖ \$ _____ ក្នុង ៖ <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	ចំនួនម៉ោងដែលបានធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍	
ជំនាញ/ការភកិច្ច	មូលហេតុចាកចេញ	

តើឧបករណ៍ជំនួយ ឬការសម្រួលសមរម្យចាំបាច់ បានផ្តល់ជូន ឬព្យាយាមផ្តល់លើការងារណាមួយដែរទេ?
បើបាទ/ចាស សូមពន្យល់ ៖

IV. ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

1. បើពួកយើងមិនអាចទាក់ទងអ្នក តើនរណាដែលពួកយើងត្រូវទាក់ទង?

ឈ្មោះ	អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទ	ទំនាក់ទំនង

2. ឪពុក ឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ តើអ្នកជាអតិថិជន (អាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ) ឬតើអ្នកត្រូវបានគុណភាពចាត់តាំងអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ឱ្យ? បាទ/ចាស ទេ
បើបាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ឪពុក ឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នក ៖

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ ប៊ូប៊ូកូដ

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (ប្រអប់នេះត្រូវបានបំពេញដោយបុគ្គលិក DVR)
If individual has a legal guardian, has DVR obtained a copy of the legal guardianship signed by a judge?
 Yes No

V. ជាតិសាសន៍ និងជាតិពន្ធុ

ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះគឺមិនចាំបាច់ក្នុងការទទួលសេវាកម្ម DVR ទេ ។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធតម្រូវឱ្យព័ត៌មានជាតិសាសន៍/ជាតិពន្ធុត្រូវបានរក្សាទុកជាទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ ។ បើអ្នកជ្រើសរើសមិនបង្ហាញព័ត៌មាននេះ DVR ត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ជាក់ជាតិសាសន៍/ជាតិពន្ធុរបស់អ្នក ។
 រាល់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់ដែលទទួលបានពីការសហការជាមួយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធគ្រូវតែរាយការណ៍ពីទិន្នន័យជាតិសាសន៍/ជាតិពន្ធុតាមការរាយការណ៍ខ្លួនឯងរបស់អតិថិជន ឬតាមការសង្កេតដោយបុគ្គលិក ។ វាផ្អែកលើគោលនយោបាយបង្គាប់បញ្ជា ស្ថិតិវិទ្យាវិទ្យាល័យប្រក្រត និងថវិកា (OMB) សហព័ន្ធ លេខ 15 ស្តង់ដារជាតិសាសន៍ និងជាតិពន្ធុសម្រាប់របាយការណ៍ស្ថិតិ និងរដ្ឋបាលសហព័ន្ធ ។

ជាតិពន្ធុ
 មិនមែនអេស្ប៉ាញ / ឡាទីន
 អេស្ប៉ាញ / ឡាទីន បើបាទ/ចាស សូមគូសប្រអប់ត្រឹមត្រូវខាងក្រោម ៖
 ម៉ិចស៊ិកូ-អាមេរិក ព៊ីគូរិកូ
 គុយបា ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់) ៖ _____

ជាតិសាសន៍
 សូមគូសប្រអប់ត្រឹមត្រូវខាងក្រោម ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជាតិសាសន៍/ជាតិពន្ធុរបស់អ្នក ។
 ជនជាតិឥណ្ឌូស្ត្រាគ្រហមអាមេរិក / ជនជាតិដើមអាឡាស្កា កម្ពុជា ហាវ៉ៃ ថៃ
 រាមកុលសម្ព័ន្ធ ៖ _____ ចិន ជប៉ុន វៀតណាម
 ស្បែកខ្មៅ / អាហ្វ្រិកអាមេរិក ហ្វីលីពីន ឡាវ ស្បែកស/អឺរ៉ុបអាមេរិក
 Guamanian Samoan ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់) ៖ _____

VI. ការទាក់ទង និងតម្រូវការធ្វើដំណើរ

តើអ្នកនិយាយ អាន និង/ឬភាសាអ្វីបានស្ទាត់ជំនាញ?

តើអ្នកមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរអាចទុកចិត្តបានទេ? បាទ/ចាស ទេ

លេខបណ្ណបើកបរ

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (ប្រអប់នេះត្រូវបានបំពេញដោយបុគ្គលិក DVR)

Communication ability:

Transportation use ability:

VII. ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ

1. តើអ្នកមិនធ្វើការ តើអ្នកចិញ្ចឹមខ្លួនឯងយ៉ាងដូចម្តេច?

2. តើអ្នកទទួលបានជំនួយពីទីភ្នាក់ងារខាងក្រោមណាមួយមែនទេ?

គ្មាន

ធានារ៉ាប់រងពិការភាពសន្តិសុខសង្គម (SSDI) \$ _____

ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) សម្រាប់មនុស្សចាស់ ពិការភ្នែក ឬពិការ \$ _____

ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារក្រីក្រ (TANF) \$ _____

ជំនួយទូទៅ (រដ្ឋ ឬរដ្ឋាភិបាលតំបន់) \$ _____

ផលប្រយោជន៍ពិការភាពអតីតយុទ្ធជន \$ _____

សំណងបុគ្គលិក \$ _____

សន្តិសុខការងារ (ធានារ៉ាប់រងភាពគ្មានការងារ) \$ _____

ជំនួយសាធារណៈផ្សេងទៀតទាំងអស់ \$ _____

3. តើប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់អ្នកពីប្រភព និង/ឬផលប្រយោជន៍ទាំងអស់មានចំនួនប៉ុន្មាន? \$ _____

4. ពេលដែលអ្នកទៅធ្វើការ តើអ្នកនឹងត្រូវរកចំណូលបានប៉ុន្មានក្នុងមួយខែដើម្បីចិញ្ចឹមខ្លួនឯង និង/ឬគ្រួសាររបស់អ្នក? \$ _____

5. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រទេ? បាទ/ចាស ទេ

Medicaid Medicare ការផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ថែទាំតម្លៃសមរម្យ

ធានារ៉ាប់រងសាធារណៈពីប្រភពផ្សេងៗ (សំណងបុគ្គលិក កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ ជាដើម ។)

ធានារ៉ាប់រងឯកជនតាមរយៈនិយោជកផ្ទាល់

ធានារ៉ាប់រងឯកជនតាមរយៈប្រភពផ្សេងៗ

មិនទាន់មានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងឯកជនតាមរយៈនិយោជកបច្ចុប្បន្ន ប៉ុន្តែនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានក្រោយពេលវេលាណាមួយ ។

VIII. ការចូលរួមការស្តារទិសដៅវិជ្ជាជីវៈ

1. តើអ្នកបានចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ងារ ឬកម្មវិធីណាមួយខាងក្រោមទេ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> មិនបានផ្តល់សេវាកម្ម ឬមិនកាត់កម្មវិធី ឬអង្គការណាមួយខាងក្រោមទេ ។ | <input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត (សាធារណៈ ឬឯកជន) |
| <input type="checkbox"/> ការព្យាបាលច្រើនគ្រឿងស្រវឹង/ថ្នាំច្រើន | <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលបណ្តុះបណ្តាលការងារតែមួយ (WorkSource) |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីសេវាកម្ម VR ជនជាតិសណ្តែកស្បែកក្រហមអាមេរិក | <input type="checkbox"/> អាជ្ញាធរគេហដ្ឋានសាធារណៈ |
| <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់ការរស់នៅឯករាជ្យ | <input type="checkbox"/> រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (SSA) |
| <input type="checkbox"/> សេវាកម្មការពារកុមារ | <input type="checkbox"/> ក្រសួងកែតម្រូវ/យុត្តិធម៌យុវជនរដ្ឋ |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីស្តារទិសដៅវិជ្ជាជីវៈសហគមន៍ | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងារសន្តិសុខការងាររដ្ឋ (សន្តិសុខការងារ) |
| <input type="checkbox"/> អង្គការអតិថិជន ឬក្រុមការពារ | <input type="checkbox"/> រដ្ឋបាលអតិថិជន |
| <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នអប់រំ (បឋមសិក្សា/វិទ្យាល័យ) | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងារសុខុមាលភាព (រដ្ឋ ឬរដ្ឋាភិបាលតំបន់) (DSHS) |
| <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នអប់រំ (ក្រោយអនុវិទ្យាល័យ/មហាវិទ្យាល័យ) | <input type="checkbox"/> សំណង់បុគ្គលិក (L&I) |
| <input type="checkbox"/> ទិរយោជន | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ VR ផ្សេងទៀត |
| <input type="checkbox"/> បណ្តាញការងារ | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋផ្សេងទៀត |
| <input type="checkbox"/> ជំនួយសិស្សសហព័ន្ធ (ដូចជា Pell Grants ជាដើម។) | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មផ្សេងទៀត |
| <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងារពិការភ្នែកក្រហម និងការវិវត្ត | |
| <input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រ (សាធារណៈ ឬឯកជន) | |

2. តើនរណាបានបញ្ជូនអ្នកទៅ DVR? បើអ្នកមិនត្រូវបានបញ្ជូន សូមជ្រើសរើសបញ្ជូនខ្លួនឯង ។

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> បញ្ជូនខ្លួនឯង | <input type="checkbox"/> ការស្តារទិសដៅវិជ្ជាជីវៈ |
| <input type="checkbox"/> អ្នកគាំទ្រវិញ្ញាបនបត្រ FLSA 14(c) | <input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រ (សាធារណៈ ឬឯកជន) |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីអប់រំមនុស្សពេញវ័យ និង/ឬអក្ខរកម្ម | <input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត (សាធារណៈ ឬឯកជន) |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីសេវាកម្ម VR ជនជាតិសណ្តែកស្បែកក្រហមអាមេរិក | <input type="checkbox"/> អាជ្ញាធរគេហដ្ឋានសាធារណៈ (HUD) |
| <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់ការរស់នៅឯករាជ្យ | <input type="checkbox"/> រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម |
| <input type="checkbox"/> សេវាកម្មការពារកុមារ | <input type="checkbox"/> ក្រសួងកែតម្រូវរបស់រដ្ឋ |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីស្តារទិសដៅវិជ្ជាជីវៈសហគមន៍ | <input type="checkbox"/> ជំនួយបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់គ្រួសារក្រីក្រ (TANF) |
| <input type="checkbox"/> អង្គការអតិថិជន ឬក្រុមការពារ | <input type="checkbox"/> កម្មវិធីសេវាកម្មការងារ Wagner-Peyser |
| <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នអប់រំបឋមសិក្សា ឬអនុវិទ្យាល័យ | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងារសុខុមាលភាពរដ្ឋ ឬតំបន់ (DSHS) |
| <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នឧត្តមសិក្សា | <input type="checkbox"/> សំណង់បុគ្គលិក (L&I) |
| <input type="checkbox"/> ទិរយោជន | <input type="checkbox"/> ដៃគូច្រកចេញចូលតែមួយផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ Unemployment, SCSEP) |
| <input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម Extended Employment | <input type="checkbox"/> ប្រភពផ្សេងៗ |
| <input type="checkbox"/> អង្គការផ្នែកលើជំនឿ | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋផ្សេងទៀត |
| <input type="checkbox"/> គ្រួសារ និងមិត្តភក្តិ | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ VR ផ្សេងទៀត (e.g. DSB, L&I) |
| <input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់សេវាកម្មពិការភ្នែកក្រហម និងការវិវត្ត | |
| <input type="checkbox"/> ក្រសួងពលកម្មការងារ និងកម្មវិធីសេវាកម្មបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ពលករចំណាស់ទី និងយុវជន | |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីដែលឧបត្ថម្ភដោយ WIOA ផ្សេងទៀត រួមទាំង Job Corps, YouthBuild, ជនជាតិសណ្តែកស្បែកក្រហមនិងជនជាតិដើមអាមេរិក និងកម្មវិធីសិក្សាចំណាកស្រុក និងតាមរដ្ឋកាល | |
| <input type="checkbox"/> រដ្ឋបាលផលប្រយោជន៍អតិថិជន (រួមទាំងកម្មវិធីស្តារទិសដៅវិជ្ជាជីវៈ VA) | |
| <input type="checkbox"/> រដ្ឋបាលសុខភាពអតិថិជន (រួមទាំងប្រព័ន្ធមនុស្សពេញវ័យ VA, ការរស់នៅអន្តរកម្ម VA, ការងារអន្តរកម្ម VA, និងកម្មវិធីព្យាបាលដែលជាសំណង់ការងារ) | |

3. តើអ្នកធ្លាប់បានចូលរួមជាមួយ DVR ពីមុនទេ?	បើបាទ/ចាស ពេលណា	នៅឯណា
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		

ឈ្មោះអ្នកប្រឹក្សាស្តារទិសដៅវិជ្ជាជីវៈ: _____ ឈ្មោះអ្នក (បើសិនមាន): _____

<p>4. តើអ្នកចង់បានអ្វីពី DVR?</p>
<p>5. តើអ្វីខ្លះជាចំណាប់អារម្មណ៍ភ្លាមៗរបស់អ្នកលើការងារ?</p>
<p>6. បើអ្នកមិនកំពុងធ្វើការ តើអ្នកបានធ្វើអ្វីខ្លះក្នុងការត្រៀម ឬស្វែងរកការងារ?</p>
<p>7. តើអ្នកមានការរំពឹងទុកពីការងារណាមួយតែឥឡូវនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p>
<p>8. តើអ្វីជាគោលដៅការងាររយៈពេលវែងរបស់អ្នក?</p>