

របាយការណ៍ពិការភាព

Disability Report

សេចក្តីសម្រេចអំពីពិការភាពវេជ្ជសាស្ត្រ

DSHS 14-144A

ទម្រង់របាយការណ៍ពិការភាព (Disability Report form), DSHS 14-144A, ប្រមូលព័ត៌មានអំពីពិការភាព, ភ័ស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រ, និងប្រវត្តិការងាររបស់អតិថិជនសំរាប់ប្រើដោយនាយកដ្ឋានកំណត់ពិការភាព (Division of Disability Determination, DDDS) ក្នុងការកំណត់ពិការភាពវេជ្ជសាស្ត្រ។

អ្នកឯកទេសសេវាសង្គម (SSS) ឬ អ្នកឯកទេសសេវាហិរញ្ញវត្ថុ (FSS) ជាអ្នកចាប់ផ្តើមបំពេញទម្រង់ DSHS 14-144A។ SSS ឬ FSS គប្បីធ្វើយ៉ាងណាឲ្យប្រាកដថា ការិយាល័យសេវាសហគមន៍ (Community Service Office, CSO), និងលេខទូរស័ព្ទបានចុះនៅលើទម្រង់។ ចូរគូសក្នុងប្រអប់ណា ដែលត្រឹមត្រូវ ដើម្បីបញ្ជាក់ថា សេចក្តីសម្រេចអំពីពិការភាពដែលគេបានស្នើសុំនេះគឺសំរាប់ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនប្រាក់ (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) ឬជំនួយថែទាំសុខភាពសំរាប់បណ្តាកម្មករដែលមានពិការភាព (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD)។ ចូរ ដាក់បន្ថែមទម្រង់ដែលបានបំពេញចប់នេះទៅក្នុងសំណុំសេចក្តីសម្រេចអំពីពិការភាព។

1. SSS ឬ FSS ត្រូវបំពេញក្បាលទម្រង់ ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីឈ្មោះ, លេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security Number, SSN), និងស្ថានភាពពិការភាពរបស់អតិថិជន។
2. SSS ឬ FSS អាចជួយអតិថិជន ដើម្បីបំពេញផ្នែកទី 1 – ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពរបស់អ្នក (Part 1 - Information About Your Condition)។ កាលបរិច្ឆេទមិនចាំបាច់ដាក់ឲ្យចំពេកទេ ក៏ប៉ុន្តែខែនិងឆ្នាំត្រូវតែដាក់ឲ្យចំ។
3. SSS ឬ FSS អាចជួយអតិថិជន ដើម្បីបំពេញផ្នែកទី 2 – ព័ត៌មានអំពីឯកសារវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក (Part 2 - Information About Your Medical Records)។ វាជាការសំខាន់ណាស់ក្នុងការបញ្ជាក់ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងប្រភពនៃការព្យាបាលនានា ឲ្យបានពេញលេញបំផុតទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើទៅបាន។
4. SSS ឬ FSS អាចជួយអតិថិជន ដើម្បីបំពេញផ្នែកទី 3 – ព័ត៌មានអំពីសកម្មភាពរបស់អ្នក (Part 3 - Information About Your Activities)។ SSS ឬ FSS គប្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងឡាយឲ្យបានហ្មត់ចត់ ដើម្បីធានាថា លក្ខខណ្ឌកម្រិតអំពីស្ថានភាពរបស់អតិថិជនត្រូវបានកំណត់ឃើញដោយត្រឹមត្រូវច្បាស់លាស់។
5. SSS ឬ FSS អាចជួយអតិថិជន ដើម្បីបំពេញផ្នែកទី 4 – ព័ត៌មានអំពីការអប់រំរបស់អ្នក (Part 4- Information About Your Education)។ គប្បីបញ្ជាក់អំពីការអប់រំពិសេស ប្រសិនបើអតិថិជនបានរៀនក្នុងកម្មវិធីអប់រំពិសេស (Special Education classes)។
6. SSS ឬ FSS អាចជួយអតិថិជន ដើម្បីបំពេញផ្នែកទី 5 – ព័ត៌មានអំពីការងារដែលអ្នកបានធ្វើ (Part 5 - Information About the Work You Did)។ មិនចាំបាច់ចុះឈ្មោះនិយោជកទេ, ចុះត្រឹមតែប្រភេទរបរអាជីវកម្មប៉ុណ្ណោះបានហើយ។
7. SSS ឬ FSS អាចជួយអតិថិជន ដើម្បីបំពេញកម្មវត្ថុទី 1 ក្នុងផ្នែកទី 6 – ការកត់សម្គាល់ផ្សេងៗ (Part 6 - Remarks)។ កម្មវត្ថុទី 2 រហូតដល់ទី 6 ត្រូវបំពេញដោយ SSS ឬ FSS។

របាយការណ៍ពិការភាព
Disability Report
សេចក្តីសម្រេចអំពីពិការភាពវេជ្ជសាស្ត្រ

សេចក្តីស្នើសុំនេះគឺសំរាប់ ៖

ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនប្រាក់ (NGMA)

ជំនួយថែទាំសុខភាពសំរាប់បណ្តាញមូលបត្រមិនមែនពិការភាព (HWD)

ទម្រង់នេះត្រូវបំពេញដោយបុគ្គលិកសេវាសង្គមកិច្ច នៅក្នុងអំឡុងពេលធ្វើសម្ភាសជាមួយអ្នកទាមទារប្រែរ៉ាប់រង ឬជាមួយអ្នកតំណាងរបស់អ្នកទាមទារប្រែរ៉ាប់រង។ សូមសរសេរជាអក្សរធំ, វាយអក្សរលើលេខ, សរសេរផ្តិតឲ្យច្បាស់។ ហើយចូរឆ្លើយត្រឹមត្រូវតាមការសុំឲ្យបានពេញលេញបំផុត ទៅលើស្ថានភាពដែលអ្នកអាចធ្វើទៅបាន។ ចូរឆ្លើយត្រឹមត្រូវសំណួរទាំងអស់។ ចម្លើយពេញលេញនឹងធ្វើឲ្យការចាត់ចែងការទាមទារប្រែរ៉ាប់រងនេះមានដំណើរប្រព្រឹត្តិទៅដោយលឿន។ *បើអ្នកត្រូវការប្រឡោះបន្ថែមដើម្បីបំពេញចម្លើយទៅលើសំណួរណាមួយក្នុងទម្រង់នេះ, ចូរប្រើប្រឡោះក្នុងផ្នែកទី 6 ឬចូរបន្ថែមសន្លឹកក្រដាស។*

1. ឈ្មោះពិត/ឈ្មោះហៅក្រៅរបស់អ្នកទាមទារប្រែរ៉ាប់រង	2. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)	3. លេខទូរស័ព្ទ (សរុបទាំងលេខកូដតំបន់)
--	---------------------------	--------------------------------------

4. ឈ្មោះរបស់ភាគីទីបីដែលទទួលបាន ឈ្មោះ នាទីជាអ្នកទាក់ទង អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទ (សរុបទាំងលេខកូដតំបន់)
--	-----------------------------------

5. តើស្ថានភាពពិការភាពរបស់អ្នកមានសភាពយ៉ាងណា? ចូរពន្យល់ដោយខ្លីអំពីគ្រោះថ្នាក់ ឬជម្ងឺ ដែលរារាំងអ្នកមិនឲ្យធ្វើការងារបាន។

ផ្នែកទី 1. ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពរបស់អ្នក

1. តើស្ថានភាពរបស់អ្នកបានរំខានអ្នកជាលើកដំបូងនៅពេលណា? _____
ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ បាទ/ចា ទ

2A. តើអ្នកបាននាំបន្តធ្វើការ នៅក្រោយថ្ងៃដែលបានបង្ហាញក្នុងកម្មវត្ថុ 1 ខាងលើឬទេ? បើអ្នកឆ្លើយថា ទេ, ចូរផ្ទេរទៅ 3A និង 3B.....

2B. បើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចា: ទៅនឹងកម្មវត្ថុ 2A, តើស្ថានភាពរបស់អ្នកមានបានបណ្តាលឲ្យអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ ៖

ការងារ ឬកាតព្វកិច្ចក្នុងការងាររបស់អ្នកឬទេ?

ម៉ោងធ្វើការងាររបស់អ្នកឬទេ?

វត្តមាន(ការបង្ហាញខ្លួន)ចូលធ្វើការងាររបស់អ្នកឬទេ?

ដទៃទៀតអំពីការងាររបស់អ្នកឬទេ?

2C. បើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចា: ទៅនឹងសំណួរណាមួយក្នុងកម្មវត្ថុ 2B, ចូរពន្យល់អំពីលក្ខណៈនៃការផ្លាស់ប្តូរនានា ដែលបានកើតឡើងក្នុងការងាររបស់អ្នក, កាលបរិច្ឆេទដែលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះបានកើតឡើង, និងរបៀបដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកបានធ្វើឲ្យការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះចាំបាច់ត្រូវតែផ្លាស់ប្តូរ ៖

3A. តើស្ថានភាពរបស់អ្នកបានធ្វើឲ្យអ្នកឈប់ធ្វើការជាស្ថាពរនៅពេលណា? _____
ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

3B. ចូរពន្យល់អំពីរបៀបដែលឥឡូវនេះស្ថានភាពរបស់អ្នករារាំងអ្នកមិនឲ្យចូលធ្វើការងារបាន ៖

ផ្នែកទី 2. ព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

1. ចូរបញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោមស្តីពីវេជ្ជបណ្ឌិតរូបណា ដែលមានឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រចុងក្រោយបង្អស់ស្តីពីស្ថានភាពពិការភាពរបស់អ្នក ៖	<input type="checkbox"/> ចូរគូសបញ្ជាក់នៅក្នុងផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្លាប់បានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតណាម្នាក់ ដើម្បីពិនិត្យមើលស្ថានភាពពិការភាពរបស់អ្នក។
---	--

ឈ្មោះរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត/មន្ទីរគ្លីនិក	លេខទូរស័ព្ទ (សរុបទាំងលេខកូដតំបន់)
------------------------------------	-----------------------------------

អាសយដ្ឋាន	កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរូបនេះ <u>លើកដំបូង</u>
-----------	---

ជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ដែលអ្នកបានឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិតពិនិត្យមើល ឬព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរូបនេះ <u>លើកចុងក្រោយ</u>
---	--

ប្រភេទនៃការព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាលដែលអ្នកបានទទួល (ឧទាហរណ៍ដូចជា ការវះកាត់, ការព្យាបាលដោយថ្នាំយ៉ូឌី, ការព្យាបាលដោយថាមពលវិទ្យុសកម្ម, និងការព្យាបាលដោយថ្នាំ ដែលអ្នកបាន ទទួលដើម្បីព្យាបាលជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់របស់អ្នក, បើសិនជាដឹង) បើសិនជាគ្មានការព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាលទេ, ចូរសរសេរថា គ្មានសោះ (NONE)។

2. តាំងពីស្ថានភាពពិការភាពរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើមមក, តើអ្នកមានបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតណាដទៃទៀតឬទេ? បាទ/ចា: ទេ
បើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចា: ចូរបំពេញតារាង និងសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ ៖

ឈ្មោះរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត/មន្ទីរគ្លីនិក	លេខទូរស័ព្ទ (សរុបទាំងលេខកូដតំបន់)			
អាសយដ្ឋាន	កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរូបនេះលើកដំបូង			
មុខជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ដែលអ្នកបានទទួលការពិនិត្យ ឬការព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរូបនេះលើកចុងក្រោយ			
ប្រភេទនៃការព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាលដែលអ្នកបានទទួល (ឧទាហរណ៍ដូចជា ការវះកាត់, ការព្យាបាលដោយថ្នាំយ៉ឹមី, ការព្យាបាលដោយថាមពលវិទ្យាសាស្ត្រ, និងការព្យាបាលដោយថ្នាំ ដែលអ្នកបាន ទទួល ដើម្បីព្យាបាលជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់របស់អ្នក, បើសិនជាដឹង។) បើសិនជាគ្មានការព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាលទេ, ចូរសរសេរថា គ្មានសោះ (NONE)។				
ប្រសិនបើអ្នកបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតបន្ថែមចាប់តាំងពីជម្ងឺ ឬការរងរបួសនេះ ចូរភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមជាមួយព័ត៌មានខាងលើ។				
3. តើអ្នកបានទទួលការព្យាបាលស្ថានភាពពិការភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ បើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចា៖, ចូរបំពេញតារាង និងសំណួរខាងក្រោមនេះ ៖				
ឈ្មោះរបស់មន្ទីរពេទ្យ	លេខទូរស័ព្ទ (សរុបទាំងលេខកូដតំបន់)			
អាសយដ្ឋាន				
តើអ្នកបានទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យនេះនៅថ្ងៃណាខ្លះ?				
មុខជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ដែលអ្នកបានទទួលការពិនិត្យ ឬការព្យាបាល				
ប្រភេទនៃការព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាលដែលអ្នកបានទទួល (ឧទាហរណ៍ដូចជា ការវះកាត់, ការព្យាបាលដោយថ្នាំយ៉ឹមី, ការព្យាបាលដោយថាមពលវិទ្យាសាស្ត្រ, និងការព្យាបាលដោយថ្នាំ ដែលអ្នកបាន ទទួល ដើម្បីព្យាបាលជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់របស់អ្នក, បើសិនជាដឹង។) បើសិនជាគ្មានការព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាលទេ, ចូរសរសេរថា គ្មានសោះ (NONE)។				
4. ប្រសិនបើអ្នកបានទៅព្យាបាលជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យណាដទៃទៀត, នោះចូរបំពេញតារាង និងសំណួរខាងក្រោមនេះ ៖				
ឈ្មោះរបស់មន្ទីរពេទ្យ	លេខទូរស័ព្ទ (សរុបទាំងលេខកូដតំបន់)			
អាសយដ្ឋាន				
តើអ្នកបានទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យនេះនៅថ្ងៃណាខ្លះ?				
មុខជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ដែលអ្នកបានទទួលការពិនិត្យ ឬការព្យាបាល				
ប្រភេទនៃការព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាលដែលអ្នកបានទទួល (ឧទាហរណ៍ដូចជា ការវះកាត់, ការព្យាបាលដោយថ្នាំយ៉ឹមី, ការព្យាបាលដោយថាមពលវិទ្យាសាស្ត្រ, និងការព្យាបាលដោយថ្នាំ ដែលអ្នកបាន ទទួល ដើម្បីព្យាបាលជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់របស់អ្នក, បើសិនជាដឹង។) បើសិនជាគ្មានការព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាលទេ, ចូរសរសេរថា គ្មានសោះ (NONE)។				
ប្រសិនបើអ្នកបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកដទៃសម្រាប់ជម្ងឺ ឬការរងរបួសរបស់អ្នក ចូររាយឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទ និងហេតុផលនៅក្នុងផ្នែកទី 6 ឬចូរភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម។				
5. នៅក្នុងអំឡុងពេលនេះ, តើអ្នកមានបានធ្វើតេស្ត ដើម្បីពិនិត្យមើលរោគណាមួយខាងក្រោមនេះឬទេ? ចូរគូសបញ្ជាក់ក្នុងប្រអប់ទាំងឡាយណាដែលត្រឹមត្រូវ ហើយ, ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា “បាទ/ចា៖” ទៅនឹងសំណួរណាមួយ, នោះចូរប្រាប់អំពីទីកន្លែង និងកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានធ្វើតេស្តនោះ។				
តេស្ត	បាទ/ចា៖	ទេ	កន្លែងធ្វើតេស្ត	កាលបរិច្ឆេទធ្វើតេស្ត
អគ្គិសនីបរិច្ចាគយលេខ (electrocardiogram)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ការថតអ៊ិក្ស-អយ័រូង (chest X-ray)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ការថតអ៊ិក្ស-អយ័រូងទៀត (ចូរបញ្ជាក់អំពីប្រភេទ) ៖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
តេស្តដង្ហើម (breathing tests)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

តេស្តឈាម (blood tests)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ផ្សេងៗ (ចូរបញ្ជាក់) ៖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ផ្នែកទី 3. បញ្ជីឈ្មោះថ្នាំព្យាបាល

ឈ្មោះថ្នាំព្យាបាល	បានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយ (ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត)	មូលហេតុសំរាប់ការប្រើថ្នាំព្យាបាល

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំច្រើនទៀត ចូរភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមជាមួយព័ត៌មានខាងលើ។

ផ្នែកទី 4. ព័ត៌មានអំពីការអប់រំរបស់អ្នក

- តើអ្នកបានបញ្ចប់ការសិក្សាអប់រំដល់ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន? _____ នៅឆ្នាំណា? _____
- តើអ្នកមានបានទៅរៀននៅសាលាជំនួញ ឬសាលាអប់រំវិជ្ជាជីវៈ ឬបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលចំណេះដឹងពិសេសណាមួយឬទេ? បាទ/ចា៖ ទេ
បើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចា៖, ចូរបំពេញតារាង និងសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ ៖

ប្រភេទសាលាជំនួញ ឬសាលាអប់រំវិជ្ជាជីវៈ ឬកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលចំណេះដឹងពិសេស	កាលបរិច្ឆេទច្បាប់ស្ថានដែលបានចូលរៀននៅពេលនោះ
---	--

តើអ្នកបានប្រើប្រាស់មុខវិជ្ជា ឬចំណេះដឹងដែលទទួលបានពីសាលា ឬកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលណាមួយនោះ ដើម្បីបម្រើដល់ផលប្រយោជន៍ការងារណាមួយ ដែលអ្នកបានធ្វើកន្លងមកយ៉ាងណាខ្លះ?

បើអតិថិជនកំពុងចូលរួមសាលារៀន សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម។

ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទសាលារៀន

ឈ្មោះគ្រូបង្រៀន

ផ្នែកទី 5. ព័ត៌មានអំពីការងារដែលអ្នកបានធ្វើ

ចូរចុះរាយឈ្មោះការងារទាំងឡាយ ដែលអ្នកបានធ្វើក្នុងរយៈកាល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ មុនពេលដែលអ្នកបានឈប់ធ្វើការ ដោយចាប់ផ្តើមពីការងារធម្មតាជាប្រក្រតីរបស់ អ្នក; មានន័យថាជាប្រភេទការងារដែលអ្នកបានធ្វើយូរជាងគេបង្អស់។ បើអ្នកបានបញ្ចប់ការសិក្សាអប់រំពីត្រឹមថ្នាក់ទី 6 ឬក្រោមនេះ, ហើយអ្នកបានធ្វើការងារធ្ងន់ៗ ដែល គ្មានជំនាន់ អស់រយៈកាលចាប់ពី 35 ឆ្នាំឡើងទៅ, នោះចូរចុះរាយឈ្មោះការងារទាំងអស់ ដែលអ្នកបានធ្វើតាំងពីពេលដែលអ្នកបានចាប់ផ្តើមចូលធ្វើការជាលើកដំបូង។ បើអ្នកត្រូវការក្រដាសដើម្បីបំពេញបន្ថែម, នោះអ្នកអាចបន្ថែមសន្លឹកក្រដាសបន្ថែមទៀត ឬអាចប្រើតែប្រឡោះក្នុងផ្នែកទី 6 ក៏បាន បើសិនជាអាចដាក់អស់។

ចំណងជើងការងារ	ប្រភេទអាជីវកម្ម	ចាប់ពី	ទៅដល់	ចំនួនថ្ងៃ ក្នុងមួយអាទិត្យ	តម្លៃប្រាក់ឈ្នួលការងារ (ក្នុង១ម៉ោង, ១ថ្ងៃ, ១អាទិត្យ, ១ខែ, ឬ១ឆ្នាំ)

- 2A. នៅក្នុងការងារធម្មតាជាប្រក្រតីរបស់អ្នក ដែលបានចុះខាងលើ, តើអ្នកបាន ៖
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | បាទ/ចា៖ | ទេ |
| ប្រើប្រាស់ម៉ាស៊ីន, ឧបករណ៍, ឬគ្រឿងចក្រប្រភេទណាមួយឬទេ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ប្រើប្រាស់ចំណេះដឹង ឬជំនាញការខាងបច្ចេកវិជ្ជាឬទេ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ប្រើប្រាស់ការសរសេរ, ការធ្វើរបាយការណ៍, ឬការបំពេញភារកិច្ចប្រហាក់ប្រហែលគ្នានេះឬទេ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ទទួលបានបន្ទុកគ្រប់គ្រងមនុស្ស ឬកិច្ចការនានាឬទេ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2B. ចូរពន្យល់គ្រប់សំណួរទាំងឡាយណា ដែលអ្នកបានឆ្លើយថា បាទ/ចា៖ ដោយពិស្តារអំពី ៖ ប្រភេទម៉ាស៊ីន, ឧបករណ៍, ឬគ្រឿងចក្រនានា ដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់ និងការបើកបរឬការបញ្ជាដាក់លាក់ ដែលអ្នកបានប្រតិបត្តិទៅលើគ្រឿងចក្រទាំងនោះ; ចំណេះដឹង ឬជំនាញការខាងបច្ចេកវិជ្ជាដែលអ្នកបានពាក់ព័ន្ធ; ប្រភេទនៃ ការសរសេរ និងលក្ខណៈនៃរបាយការណ៍ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើ; និងចំនួនមនុស្សដែលអ្នកបានគ្រប់គ្រងក្រោមការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក និងទំហំនៃបន្ទុកគ្រប់ គ្រងរបស់អ្នក។

2C. ចូរពណ៌នាអំពីប្រភេទ និងចំនួនសកម្មភាពជាក់ស្តែងនៃការងារធម្មតាជាប្រក្រតីរបស់អ្នក ដែលបានប្រព្រឹត្តទៅជាធម្មតាក្នុងមួយថ្ងៃ។ ដោយគូសបញ្ជាក់ក្នុងប្រអប់ ដែលត្រូវទៅនឹងលក្ខណៈការងាររបស់អ្នកជាងគេបំផុត ខាងក្រោមនេះ។

តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ដែលអ្នកបាន ៖

ដើរ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
ឈរ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
អង្គុយ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ដែលអ្នកបាន ៖

ឱន?	<input type="checkbox"/> គ្មានទេ	<input type="checkbox"/> យូរៗម្តង	<input type="checkbox"/> ជាញឹកញាប់	<input type="checkbox"/> ជាប់ជាប្រចាំ
ឈោង?	<input type="checkbox"/> គ្មានទេ	<input type="checkbox"/> យូរៗម្តង	<input type="checkbox"/> ជាញឹកញាប់	<input type="checkbox"/> ជាប់ជាប្រចាំ

ការលើកដាក់ និងការដកដាន ៖ ចូរពណ៌នាអំពីអ្វីដែលអ្នកបានលើកដាក់ និងចម្ងាយឆ្ងាយប៉ុណ្ណាដែលអ្នកបានដកដាន។

របស់ធ្ងន់បំផុតដែលអ្នកបានលើកដាក់មានទម្ងន់ប៉ុន្មាន? 10 lbs. 20 lbs. 50 lbs. 100 lbs. លើសពី 100 lbs.

ទម្ងន់ដែលអ្នកបានលើកដាក់ ឬដកដានញឹកញាប់មានទម្ងន់ប៉ុន្មាន?
 លើសពី 10 lbs. លើសពី 25 lbs. លើសពី 50 lbs. លើសពី 100 lbs.

ផ្នែកទី 6. ការកត់សម្គាល់ផ្សេងៗ

1. ចូរប្រើផ្នែកនេះសំរាប់ទុកជាប្រឡោះបំពេញបន្ថែម ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរណាមួយខាងលើ។ ហើយក៏ចូរប្រើប្រឡោះនេះ ដើម្បីបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមទាំងឡាយណាដែលអ្នកគិតថា អាចនឹងជួយជាប្រយោជន៍ដល់ការធ្វើសេចក្តីសម្រេចអំពីការទាមទារកម្រៃរ៉ាប់រងពីការភាពរបស់អ្នក (ដូចជាព័ត៌មានស្តីពីជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ដទៃទៀត ដែលមិនបានចុះក្នុងផ្នែកខាងលើជាដើម)។

នឹងត្រូវបំពេញដោយអ្នកសម្ភាស

2. តើអ្នកទាមទារកម្រៃរ៉ាប់រងរូបនេះចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ? បាទ/ចា៖ ទេ បើទេ, តើគាត់និយាយភាសាអ្វី ៖
3. តើអ្នកទាមទារកម្រៃរ៉ាប់រងរូបនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញបែបបទទាមទារកម្រៃរ៉ាប់រងរបស់គាត់ទេ? បាទ/ចា៖ ទេ បើទេ, ចូរបំពេញឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ភាគីទីបីដែលទទួលបានតួនាទីជាអ្នកទាក់ទង លើទំព័រទី 1 ។
4. ចូរបំពេញអំពីផលលំបាកនានាខាងក្រោម, បើសិនជាមាន, ដែលបានសង្កេតឃើញក្នុងខណៈកំពុងធ្វើសម្ភាសអ្នកទាមទារកម្រៃរ៉ាប់រងរូបនេះ។
- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ការអាន | <input type="checkbox"/> ការសរសេរ | <input type="checkbox"/> ការឆ្លើយនឹងសំណួរ | <input type="checkbox"/> ការស្តាប់ |
| <input type="checkbox"/> ការអង្គុយ | <input type="checkbox"/> ការយល់ | <input type="checkbox"/> ការប្រើដៃ | <input type="checkbox"/> ការដកដង្ហើម |
| <input type="checkbox"/> ការមើល | <input type="checkbox"/> ការដើរ | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (ចូរបញ្ជាក់) ៖ | |
- មិនបានសង្កេតឃើញថាមានផលលំបាកអ្វីមួយទេ

ប្រសិនបើប្រអប់ណាមួយខាងលើត្រូវបានគូសបញ្ជាក់, ចូរពណ៌នាអំពីផលលំបាកជាក់លាក់ ដែលបានពាក់ព័ន្ធ ៖

5. តើការព្យាបាល / ការវាយតម្លៃ ABD បច្ចុប្បន្នណាមួយកំពុងកើតឡើងឬទេ? បាទ/ចា៖ ទេ
- សុខភាពផ្លូវកាយ; កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____
- សុខភាពផ្លូវសតិ; កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____
6. ចូរពណ៌នាអំពីអ្នកទាមទារកម្រិតខ្ពស់បំផុតនេះដោយសព្វគ្រប់ពិស្តារ (ឧទាហរណ៍ដូចជា មាឌ, កម្ពស់, ទម្ងន់, អត្តចរិត, ផលលំបាកណាមួយ ដែលជួយបន្ថែម ឬជួយធ្វើឲ្យវិវត្តមានភាពច្បាស់លាស់ ទៅដល់ការកាត់សម្គាល់ក្នុងផ្នែកនានាខាងលើ ៖

ហត្ថលេខារបស់អ្នកសម្ភាស	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះរបស់អ្នកសម្ភាស (សូមវាយជាអក្សរពុម្ព ឬសរសេរឲ្យច្បាស់ៗ)
លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកសម្ភាស (សរុបទាំងលេខកូដតំបន់)		ការិយាល័យសេវាសហគមន៍ (CSO)