



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
VOLUNTARY PLACEMENT SERVICES

ការផ្តល់ការអនុញ្ញាតសេវាកម្មសុខភាព /សុខភាពមាត់-ធ្មេញ

Medical / Dental Services Authorization

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ៖ សូមយកបែបបទនេះមកជាមួយនូវពេលវេលាអ្នកស្វែងរកការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្មសុខភាព/សុខភាពមាត់-ធ្មេញដើម្បីទាត់សម្រាប់កុមារដែលកំពុងទទួលសេវាកម្មការរៀបចំ ដោយស្ម័គ្រចិត្តពីរដ្ឋបាលការអភិវឌ្ឍន៍ការភាព និងស្ថិតក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក ។

នេះដើម្បីបញ្ជាក់ថា _____ , _____
ឈ្មោះរបស់កុមារ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

កំពុងទទួលសេវាកម្មការរៀបចំដោយស្ម័គ្រចិត្តជាមួយរដ្ឋបាលការអភិវឌ្ឍន៍ការភាព ក្រសួងសេវាកម្មសង្គម និងសុខាភិបាល ។

ឪពុកម្តាយបង្កើត / ចិញ្ចឹម ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ _____
អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ

ដើម្បីទទួលបាន និងចុះហត្ថលេខាសម្រាប់ការពិនិត្យ និងថែទាំដើម្បីទាត់ និងការសង្គ្រោះបន្ទាន់សុខភាព និងសុខភាពមាត់-ធ្មេញ ដូចដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍ដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់កុមារ ។ ថែទាំដើម្បីទាត់នេះរាប់បញ្ចូលទាំងការពិនិត្យកុមារ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ការពិនិត្យការមើលឃើញ និង/ឬការស្តាប់ឮ និងការថែទាំកុមារឈឺជាប្រចាំ ព្រមទាំងការពិនិត្យ និងការព្យាបាលសុខភាពមាត់-ធ្មេញដើម្បីទាត់ ។

ការថែទាំធម្មតា (ឧទាហរណ៍ ការប្រឹក្សានិងការព្យាបាល ការវះកាត់ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគហ៊ីវ ការដាក់បញ្ចូលបំពង់ក្នុងត្រចៀក ការពិនិត្យប្រព័ន្ធប្រសាទ ការកែប្រែធ្មេញ ជាដើម) ត្រូវតែមានការយល់ព្រមជាមុន និងតម្រូវឱ្យប្រឹក្សាជាឪពុកម្តាយបង្កើត / ចិញ្ចឹម ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ។

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកធ្វើការសង្គម DSHS/DDA (សាក្សី)	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ

បែបបទនេះត្រូវបានសរសេរឡើងដោយយោងទៅតាម RCW 7.70.065 – ការយល់ព្រមដែលបានប្រាប់ – ផ្នែក 2(a)(iv) ។

ក្នុងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានកុមារនេះ វាជាការទទួលខុសត្រូវនៃអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណក្នុងការទូរស័ព្ទទៅឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលភ្លាមៗដែលមានឈ្មោះខាងលើ និងរដ្ឋបាលការអភិវឌ្ឍន៍ការភាព (DDA) សេវាកម្មការរៀបចំដោយស្ម័គ្រចិត្ត / អ្នកធ្វើការសង្គម ។