



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

តម្រូវការ **ABAWD** ៖

របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ

ABAWD Requirement: Medical Report

សូមប្រើប៊ិចពណ៌ខៀវ ឬខ្មៅ។

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ DSHS DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905	
លេខទូរស័ព្ទ DSHS ()	លេខទូរសារ DSHS 888-338-7410
លេខ ID អតិថិជន / ករណី	

ផ្នែកទី 1. ត្រូវបំពេញដោយអតិថិជន

ឈ្មោះអតិថិជន (សូមសរសេរជាអក្សរព្រះពុម្ព)	លេខសន្តិសុខសង្គម (តាមចិត្ត)
---	-----------------------------

ការអនុញ្ញាតការចូលរួមរបស់អ្នកជំងឺ / អតិថិជន ៖
ខ្ញុំអនុញ្ញាតការបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬការចូលរួមស្តារទំនាក់ទំនងសម្បទាដែលបានស្នើទៅក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាកម្មសុខភាព។

ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួមរបស់អ្នកជំងឺ/អតិថិជន កាលបរិច្ឆេទ

ផ្នែកទី 2. ត្រូវបំពេញដោយអ្នកជំនាញវេជ្ជសាស្ត្រ **

សូមឆ្លើយសំណួរមួយ ឬច្រើនខាងក្រោមក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម។ សូមចុះហត្ថលេខា និងដាក់កាលបរិច្ឆេទពាក្យសុំនេះ រួមទាំងមុខរបរ ឬតំណែងក្នុងទីក្នាក់ងាររបស់អ្នក។

- តើបុគ្គលនេះមានផ្ទៃពោះ? បាទ/ចាស ទេ មិនដឹង
បើមាន កាលបរិច្ឆេទសម្រាល ៖ _____
- តើបុគ្គលនេះជាអ្នកចូលរួមកម្មវិធីស្តារទំនាក់ទំនងសម្បទាវិជ្ជាជីវៈ កម្មវិធីប្រឹក្សាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬកម្មវិធីប្រឹក្សា ឬការព្យាបាលការប្រើថ្នាំ ឬគ្រឿងអាកុស?
បាទ/ចាស ទេ បើមាន កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់កម្មវិធីដែលព្រាងទុក ៖ _____
- តើបុគ្គលនេះមានជំងឺផ្លូវចិត្ត និង/ឬរាងកាយ ឬពិការភាព បណ្តោះអាសន្ន ឬអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលនឹងបង្ការពួកគេពីការធ្វើការ 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែរទេ?
 បាទ/ចាស ទេ
បើមាន សូមបង្ហាញលក្ខខណ្ឌរបស់ពួកគេយូរយារណាដែលនឹងបង្ការពួកគេពីការធ្វើការ 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ៖
 តិចជាង 30 ថ្ងៃ 1 – 3 ខែ 3 – 6 ខែ
 6 – 9 ខែ 9 – 12 ខែ ច្រើនជាង 12 ខែ ឬមិនច្បាស់

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា	លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដតំបន់) ()
----------	------------------------	------------------------------------

សរសេរឈ្មោះជាអក្សរទិរេន៖	តួនាទី / មុខរបរ**
-------------------------	-------------------

អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
-----------	---------	------	----------

****** ពាក្យសុំនេះអាចចុះហត្ថលេខាបានដោយរណាម្នាក់ខាងក្រោម ៖ គ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ អ្នកតំណាងចាត់តាំងនៃការិយាល័យគ្រូពេទ្យ គ្រូបង្កើតគិលានុបដ្ឋាយិកា គ្រូពេទ្យព្យាបាលដោយម៉ាស៊ីន ឬគ្រូចិត្តវិទ្យាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ឬសញ្ញាបត្រ អ្នកប្រឹក្សាលើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងគ្រឿងស្រវឹង អ្នកប្រឹក្សាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានសញ្ញាបត្រ បុគ្គលិកសង្គមខាងព្យាបាល បុគ្គលិកសង្គមដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណសញ្ញាបត្រ ឬប្រើប្រាស់ដែលមានសញ្ញាបត្រ។ សម្រាប់គោលបំណងនៃការផ្ទៀងផ្ទាត់ការចូលរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗក្នុងកម្មវិធីស្តារទំនាក់ទំនងសម្បទា ឬប្រឹក្សា (ផ្នែក 2) អ្នកដឹកនាំកម្មវិធី ឬអ្នកប្រឹក្សារបស់បុគ្គលម្នាក់ៗក៏អាចចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះបានផងដែរ។