



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

ກິດກຳນົດຂອງໂຄງການ ABAWD

ໃບລາຍງານການພະຍາບານ ABAWD Requirement: Medical Report

ກະຮຸນາໃຊ້ນ້ຳມືກສິຜ້າ ຫລື ສິດຳ.

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງ DSHS DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905	
ເລກໂທຣະສັບຂອງ DSHS ()	ເລກແຟກຊ໌ຂອງ DSHS 888-338-7410
ເລກສຳນວນເອກສານ/ເລກລູກຄ້າ ID	

ພາກທີ 1. ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍລູກຄ້າ	
ຊື່ຂອງລູກຄ້າ (ກະຮຸນາຂຽນເປັນຕົວພິມ)	ເລກຄວາມປອດພ້ຍຂອງສັງຄົມ (ຕາມສະມັກໃຈ)
<p>ການອະນຸຍາດຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທີ່ເປັນຄົນເຈັບ/ລູກຄ້າ:</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ມີການເປີດເຜີຍລາຍຮະອຽດການພະຍາບານ ແລະ/ຫລື ການເຂົ້າຮ່ວມນຳການຝຶກຝົນທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ ໃຫ້ແກ່ກົມສັງຄົມສົງເຄາະ ແລະ ສາທາຣະນະສຸກ (Department of Social and Health Services).</p> <p style="text-align: right;">_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທີ່ເປັນຄົນເຈັບ/ລູກຄ້າ _____ ວັນທີ</p>	
ພາກທີ 2. ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານການພະຍາບານ **	
<p>ກະຮຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ລົງໄປນີ້ຂຶ້ນ ຫລື ຫລາຍຂຶ້ນ ຢູ່ໃນບອກຂ້າງລຸ່ມນີ້. ກະຮຸນາເຊັນຊື່ໃສ່ ແລະ ໃສ່ວັນທີໃສ່ໃນໃບຟອມໃບນີ້ ລວມທັງອາຊີບ ຫລື ຫນ້າທີ່ການຂອງທ່ານຢູ່ໃນຫ້ອງການຂອງທ່ານ. **</p> <p>1. ບຸກຄົນນີ້ຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ຈັກ ຖ້າແມ່ນ, ວັນທີຄາດວ່າຈະຄອດລູກ: _____</p> <p>2. ບຸກຄົນເປັນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຢູ່ໃນໂຄງການຝຶກຝົນວິຊາຊີບໃຫ້ດີຄືນຄືເກົ່າ, ໂຄງການໃຫ້ຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບສຸຂະພາບໂຮກຈິດ, ຫລື ໂຄງການປຶ້ມປົວ ຫລື ໃຫ້ຄຳປຶກສາສຸຂະພາບໂຮກຈິດ ຫລື ເຫລົ້າບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ວັນທີຄາດວ່າໂຄງການຈະຈົບລົງ: _____</p> <p>3. ບຸກຄົນນີ້ໂຮກ ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານຈິດໃຈ ແລະ/ຫລື ຮ່າງກາຍ, ຊົ່ວຄາວ ຫລື ຖາວອນ, ຊຶ່ງຈະກົດກັ້ນເອົາເຈົ້າຈາກການເຮັດວຽກ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຊື່ບອກວ່າສະພາບຈະກົດກັ້ນເອົາເຈົ້າຈາກການເຮັດວຽກໄດ້ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດດິນປານໃດ: <input type="checkbox"/> ຕໍ່າກວ່າ 30 ມື້ <input type="checkbox"/> 1 – 3 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 3 – 6 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 6 – 9 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 9 – 12 ເດືອນ <input type="checkbox"/> ຫລາຍກວ່າ 12 ເດືອນ ຫລື ບໍ່ແນ່ນອນ</p>	
ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າລາຍຮະອຽດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.	
ລາຍເຊັນ	ວັນທີເຊັນຊື່
ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ) ()	
ຂຽນຊື່ເປັນຕົວພິມຢູ່ນີ້	ຫນ້າທີ່/ວິຊາຊີບ**
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ

** ໃບຟອມໃບນີ້ຈະຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ໃນຄົນໃດຄົນນຶ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້: ທ່ານຫມໍ, ຜູ້ຊ່ວຍທ່ານຫມໍ, ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງຫ້ອງການຂອງທ່ານຫມໍ, ຜູ້ຝຶກຫັດການພະຍາບານ, ຜູ້ຮັກສາໂຮກກະດູກ, ນັກຈິດວິທະຍາທີ່ຖືກອະນຸຍາດ ຫລື ຢັ້ງຢືນ, ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາການຕິດຢາເສບຕິດ ແລະ ເຫລົ້າ, ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາສຸຂະພາບໂຮກຈິດທີ່ຖືກຢັ້ງຢືນ, ພະນັກງານສັງຄົມຢູ່ຕາມຄລິນິກບໍ່ຂຶ້ນນຳໃຜທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ຫລື ນາງຜະດຸງຄັນທີ່ຖືກຢັ້ງຢືນ. ສຳລັບລຸດປະສົງຂອງການພິສູດການເຂົ້າຮ່ວມຂອງບຸກຄົນຢູ່ໃນໂຄງການຝຶກຝົນໃຫ້ດີຄືນ ຫລື ການປຶກສາ (ພາກທີ 2), ຜູ້ອຳນວຍການຂອງໂຄງການ ຫລື ຜູ້ປຶກສາຂອງບຸກຄົນ ຈະເຊັນຊື່ໃສ່ໃບແຈ້ງການໃບນີ້ໄດ້ອີກຄືກັນ.