

## ຄຳຮ້ອງຂໍການດູແລເດັກແທນຊົ່ວຄາວ

ຄຳຮ້ອງສະບັບທຳອິດ  ຄຳຮ້ອງສະບັບປັບປຸງ

ປະເພດການດູແລແທນຊົ່ວຄາວທີ່ຕ້ອງການ:

- ການບໍລິການດູແລແທນຊົ່ວຄາວແບບຍົກລະດັບ (Enhanced Respite Services, ERS)
- ການດູແລແທນຊົ່ວຄາວສະເພາະ (Dedicated Respite)
- ການດູແລແທນທີ່ໄດ້ຮັບການລະເວັ້ນເງິນທຶນ (Waiver Funded Respite) ໃນສະຖານທີ່ທີ່ມີໄບອະນຸຍາດ

ກະລຸນາຄັດຕິດລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການປະເມີນຜົນ DDA, IEP, ABA ຫຼື ແຜນການສະໜັບສະໜູນພຶດຕິກຳ, ທັງສີຍົນຍອມເສີຍແຕ່ຂໍ້ມູນທີ່ຍັງມີຜົນໃຊ້ໄດ້ (ກະລຸນາລະບຸ "ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຮັບເໝົາອື່ນໆຂອງ DSHS ເຊັ່ນ: ທີ່ພັກອາໄສທີ່ມີພະນັກງານຊຶ່ງມີໄບອະນຸຍາດ" ໃສ່ໃນທັງສີຍົນຍອມ) ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກ ID ຂອງ ADSA	ເຂດ
--------------	----------------	-----------------	-----

ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
--------	-------	-----	-------------

ພໍ່ແມ່ / ຜູ້ປົກຄອງ	ເບີໂທລະສັບຫຼັກ (ພ້ອມລະຫັດພື້ນທີ່)
--------------------	-----------------------------------

ທີ່ຢູ່ອີເມວ	ເບີໂທລະສັບ / ເບີມືຖື	ເບີໂທລະສັບ / ເບີມືຖືຜູ້ໃຫ້ການດູແລສຳຮອງ (ຖ້າບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ພໍ່ແມ່ / ຜູ້ປົກຄອງ ໄດ້)
-------------	----------------------	--

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ ຖ້າຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ <input type="checkbox"/> ອັນດຽວກັນກັບຂ້າງເທິງ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
---	-------	-----	-------------

ຊື່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງ DDA CRM	ຮັບແບບສຳຫຼວດຫຼັງການເຂົ້າຮັບການດູແລແທນຊົ່ວຄາວກ່ຽວກັບການບໍລິການດູແລແທນຊົ່ວຄາວແບບຍົກລະດັບເທົ່ານັ້ນ <input type="checkbox"/> ຜ່ານທາງອີເມວ <input type="checkbox"/> ຂໍຮັບເປັນເອກະສານ
-------------------------------	--

ຄອບຄົວມີຄວາມເຕັມໃຈທີ່ຈະເດີນທາງໄປພາກຕາເວັນອອກ ຫຼື ຕາເວັນຕົກຂອງກຸງວໍຊິງຕັນ ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດູແລແທນຊົ່ວຄາວແບບຍົກລະດັບບໍ່?  
 ໄປ  ບໍ່ໄປ

ບໍລິການນາຍແປພາສາ  
 ບໍ່ເອົາ  ເອົາ; ລະບຸພາສາ:

**ວັນທີທີ່ຕ້ອງການ ການດູແລແທນຊົ່ວຄາວ\* (ໃຊ້ສະເພາະໃນກໍລະນີເປັນການເຂົ້າເຖິງ ການດູແລແທນຊົ່ວຄາວສະເພາະ ຫຼື ການດູແລແທນທີ່ໄດ້ຮັບການລະເວັ້ນເງິນທຶນ ເທົ່ານັ້ນ)**

	ຈາກ	ເຖິງ	ສະໜອງການເດີນທາງໃຫ້ໂດຍ:
1.			
2.			
3.			

\* ວັນທີທີ່ຕ້ອງການ ການດູແລແທນຊົ່ວຄາວ ຈະບໍ່ສິ້ນສຸດຈົນກວ່າຄຳຮ້ອງຂໍດັ່ງກ່າວຈະໄດ້ຮັບການອະນຸມັດກ່ອນ. ເຫດສຸກເສີນທີ່ບໍ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ອາດເຂົ້າມາປ່ຽນແທນ ແລະ/ຫຼື ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການດູແລແທນຊົ່ວຄາວກ່ອນໜ້ານີ້.

ການສຶກສາ			
ຊື່ໂຮງຮຽນ	ເຂດໂຮງຮຽນ		
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ຊື່ອາຈານ	ເບີໂທປ່ອນເຮັດວຽກ		
ເດັກໄດ້ເຂົ້າໂຮງຮຽນພົດມີ (ຫົກຊົ່ວໂມງ) ບໍ່? <input type="checkbox"/> ເຂົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຂົ້າ			
ທາງການແພດ			
ໃຫ້ໜຶ່ງ ID			
ຢາທີ່ໃຊ້ໃນປັດຈຸບັນ	ປະລິມານ	ຄວາມຖີ່	ເຫດຜົນທີ່ບົ່ງໃຊ້
ຢາທີ່ໃຊ້ເປັນຄັ້ງດຽວເມື່ອຈຳເປັນ	ອະທິບາຍຂະບວນການໃນການໃຊ້		
ອະທິບາຍປະເພດການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຈຳເປັນໃນການໃຊ້ຢາກິນ ແລະ/ຫຼື ໃຊ້ຢາຂີ້ເຜີ້ງ ຫຼື ຢາຢອດ (ລວມທັງວິຕາມິນ):			
<input type="checkbox"/> ຄວບຄຸມດູແລເທົ່ານັ້ນ <input type="checkbox"/> ແນະນຳແບບປາກເປົ່າ <input type="checkbox"/> ໃສ່ຈອກໃຫ້ <input type="checkbox"/> ບົດໃສ່ໃນອາຫານ <input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານຮ່າງກາຍ <input type="checkbox"/> ການໃຫ້ຢາຜ່ານສາຍບັອນອາຫານ <input type="checkbox"/> ບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີຢາກິນ / ຢາທາ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ:			
ອາການແພ້ຢາ (ອະທິບາຍລາຍລະອຽດ)			
ຂໍ້ຈຳກັດດ້ານການກິນອາຫານ / ການເລືອກກິນອາຫານ (ອະທິບາຍລາຍລະອຽດ)			
ເປັນຊັກບໍ່? ຖ້າເປັນ, ກະລຸນາອະທິບາຍປະເພດ, ຄວາມຖີ່, ການຊັກຄັ້ງສຸດທ້າຍ ແລະ ລະບຸເຫດການຂອງການຊັກທີ່ກຳນົດໄວ້ (ຖ້າມີ)			
<input type="checkbox"/> ເປັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເປັນ			
ແພດຫຼັກ	ເບີໂທລະສັບ		
ທັນຕະແພດ	ເບີໂທລະສັບ		
ແພດດ້ານອື່ນໆ (ລະບຸປະເພດ)	ເບີໂທລະສັບ		
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດອື່ນໆ ຫຼື ສຸຂະພາບດ້ານພຶດຕິກຳ (ລະບຸປະເພດ)	ເບີໂທລະສັບ		
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດອື່ນໆ ຫຼື ສຸຂະພາບດ້ານພຶດຕິກຳ (ລະບຸປະເພດ)	ເບີໂທລະສັບ		

ອະທິບາຍວິທີທີ່ໄດ້ກວດກາໃຫ້ເຫັນວ່າ ພວກເຂົາກຳລັງປະສົບກັບຄວາມເຈັບປວດ:

ອະທິບາຍຄວາມສາມາດໃນການເວົ້າ ແລະ ການສື່ສານ ລວມທັງຄວາມຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອ ເຊັ່ນ: ການສື່ສານດ້ວຍການແລກປ່ຽນຮູບພາບ (PECS), ການໃຊ້ຕາຕະລາງຮູບພາບ, ອຸປະກອນການສື່ສານ ແລະ ອື່ນໆ:

**ກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳ**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ພະເນຈອນ / ໂຕນໜີ                     | <input type="checkbox"/> ໂຍນວັດຖຸສິ່ງຂອງ          | <input type="checkbox"/> ພຶດຕິກຳທຳຮ້າຍຕົວເອງ        |
| <input type="checkbox"/> ເອົາຕົວຫຼືບຊ້ອນ                     | <input type="checkbox"/> ທຳລາຍຊັບສິນ              | <input type="checkbox"/> ທຳຮ້າຍຮ່າງກາຍ              |
| <input type="checkbox"/> ພຸ່ງເຂົ້າສູ່ການຈະລາຈອນ              | <input type="checkbox"/> ຕົວກະຕຸ້ນ                | <input type="checkbox"/> ບັນຫາກ່ຽວກັບອາຈົມ          |
| <input type="checkbox"/> ໄຂປະຕູລົດທີ່ກຳລັງແລ່ນຢູ່            | <input type="checkbox"/> ປະສາດສຳຜັດ / ສຽງ / ສຳຜັດ | <input type="checkbox"/> ຖ່າຍເປົາບໍ່ເປັນລະບຽບ       |
| <input type="checkbox"/> ໂລກ PICA (ໂລກມັກກິນຂອງທີ່ກິນບໍ່ໄດ້) | <input type="checkbox"/> ຢາກອາຫານຜິດປົກກະຕິ       | <input type="checkbox"/> ຮ້ອງສຽງດັງໆ                |
| <input type="checkbox"/> ກິນກິນສານທີ່ເປັນອັນຕະລາຍ            | <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢາກກິນອາຫານ           | <input type="checkbox"/> ກັດ                        |
| <input type="checkbox"/> ຕັ້ງກອງໄຟ                           | <input type="checkbox"/> ມັກເອົາຫົວຕຳ             | <input type="checkbox"/> ພຶດຕິກຳທາງເພດທີ່ບໍ່ເໝາະສົມ |

ພຶດຕິກຳທີ່ມັກສະແດງອອກຢູ່ເຮືອນ, ຢູ່ໃນຊຸມຊົນ ແລະ ໃນໂຮງຮຽນ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຫຼາຍທີ່ສຸດແມ່ນຫຍັງ?

ສິ່ງທີ່ຄວນຫຼີກລ້ຽງ (ເພງດັງ, ການສຳຜັດ, ອາຫານ ແລະ ອື່ນໆ) ແມ່ນຫຍັງ?

ບັນຫາດ້ານຄວາມປອດໄພທີ່ທ່ານກັງວົນມີຫຍັງແດ່?

**ຄວາມຕ້ອງການໃນການຄວບຄຸມດູແລ:**  
**ອະທິບາຍລະດັບໃນການຄວບຄຸມດູແລ ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແລະ ຄວາມປອດໄພ: ໜ້ອຍທີ່ສຸດ, ໃຫ້ຢູ່ໃນສາຍຕາ, ໜຶ່ງຕໍ່ໜຶ່ງ, ດູແລຕະຫຼອດເວລາ ແລະ ອື່ນໆ.**

ມີການນຳໃຊ້ຂະບວນການຈຳກັດ ຫຼື ການແຊກແຊງຊ່ວຍເຫຼືອທາງຮ່າງກາຍ ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານເພື່ອດັດພຶດຕິກຳທີ່ທ້າທາຍ (ເຜືອກແຂນ, ໝວກກັນກະທົບ, ສາຍຮັດ ແລະ ອື່ນໆ) ບໍ່?  ມີ  ບໍ່ມີ  
ຖ້າມີ, ກະລຸນາອະທິບາຍລາຍລະອຽດ. ກະລຸນາຊາບວ່າ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລແທນຊົ່ວຄາວ ອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຂໍຄຳແນະນຳເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຈາກຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານການຮັກສາປືນປົວ ກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ອຸປະກອນປ້ອງກັນ ເຊັ່ນ: ໝວກກັນກະທົບ, ເຜືອກແຂນ ແລະ ອື່ນໆ.

ມີການນຳໃຊ້ແຜນຊ່ວຍເຫຼືອພຶດຕິກຳຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ໃນໂຮງຮຽນບໍ່?  ມີ  ບໍ່ມີ  
ຖ້າມີ, ກະລຸນາອັດສຳເນົາແຜນດັ່ງກ່າວປະກອບໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍການດູແລແທນຊົ່ວຄາວ.

ບັດຈຸບັນມີການນຳໃຊ້ເຄື່ອງແຈ້ງເຕືອນຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່? ຖ້າມີ, ກະລຸນາອະທິບາຍລາຍລະອຽດ.

ຄວາມຕ້ອງການການຄວບຄຸມດູແລໃນຊຸມຊົນ (1 ຕໍ່ 1 ໃນຊຸມຊົນ ຍ້ອນມີຄວາມທ້າທາຍ, ສາມາດຄວບຄຸມດູແລພ້ອມກັບເດັກຄົນອື່ນໆ):

<p><b>ກິດຈະວັດປະຈຳວັນ:</b>  <b>ກະລຸນາອະທິບາຍລາຍລະອຽດ ກ່ຽວກັບກິດຈະວັດປະຈຳວັນແຕ່ລະອັນໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ໄດ້.</b></p>
<p>ກິດຈະວັດໃນຕອນເຊົ້າ: ກະລຸນາອະທິບາຍເຖິງກິດຈະວັດຂອງເດັກ ແລະ ຄວາມມັກຂອງເດັກ ລວມທັງເວລາເຮັດກິດຈະວັດໃນມື້ນັ້ນ, ເວລາກິນເຂົ້າ, ເວລາອາບນ້ຳ.</p>
<p>ກິດຈະວັດໃນຕອນແລງ ແລະ ຕອນເຂົ້ານອນ: ກະລຸນາອະທິບາຍເຖິງກິດຈະວັດຂອງເດັກ ແລະ ຄວາມມັກຂອງເດັກ ລວມທັງເວລາເຮັດກິດຈະວັດໃນມື້ນັ້ນ, ເວລາກິນເຂົ້າ, ເວລາອາບນ້ຳ.</p>
<p>ກິດຈະວັດປະຈຳວັນປົກກະຕິໃນໂຮງຮຽນ: ກະລຸນາອະທິບາຍເຖິງກິດຈະວັດຂອງເດັກ ແລະ ຄວາມມັກຂອງເດັກ.</p>
<p>ກິດຈະວັດປະຈຳວັນນອກໂຮງຮຽນ: ກະລຸນາອະທິບາຍເຖິງກິດຈະວັດຂອງເດັກ ແລະ ຄວາມມັກຂອງເດັກ.</p>
<p><b>ການພັກຜ່ອນຢ່ອນອາລົມ / ກິດຈະກຳ / ການເຂົ້າຮ່ວມຊຸມຊົນ  ອະທິບາຍເຖິງຄວາມມັກສ່ວນຕົວໃນດ້ານຕໍ່ໄປນີ້.</b></p>
<p>ກິດຈະກຳພັກຜ່ອນຢ່ອນອາລົມ ແລະ ກິດຈະກຳເວລາຫວ່າງທີ່ມັກໃນຊຸມຊົນ:</p>
<p>ກິດຈະກຳທີ່ມັກໃນບ້ານເຮືອນ ແລະ ຊຸມຊົນ. ກິດຈະກຳທີ່ຕ້ອງຫຼີກລ້ຽງໃນບ້ານເຮືອນ ແລະ ຊຸມຊົນ.</p>
<p>ມີຄວາມຕ້ອງການ ການສະໜັບສະໜູນດ້ານວັດທະນະທຳ ຫຼືສາສະໜາໃດໜຶ່ງບໍ່? ຖ້າມີ, ກະລຸນາອະທິບາຍລາຍລະອຽດ.</p>

**ຜູ້ມາຢັ້ງມຢາມ - ລະບຸລາຍຊື່ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ມາຢັ້ງມຢາມລູກທ່ານໄດ້ໃນໄລຍະເຂົ້າຮັບການດູແລແທນຊົ່ວຄາວ.**

ຊື່	ປະເພດການຕິດຕໍ່ທີ່ອະນຸຍາດ <input type="checkbox"/> ເຂົ້າຢັ້ງມຢາມ <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບ	ເບີໂທລະສັບ
-----	--	------------

ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
--------	-------	-----	-------------

ຊື່	ປະເພດການຕິດຕໍ່ທີ່ອະນຸຍາດ <input type="checkbox"/> ເຂົ້າຢັ້ງມຢາມ <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບ	ເບີໂທລະສັບ
-----	--	------------

ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
--------	-------	-----	-------------

**ການກວດກາໃບສະໝັກ ແລະ ການລົງລາຍເຊັນ**

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຕິດຕໍ່ຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມ (ຖ້າບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່)	ລາຍເຊັນ	ວັນທີ
---	---------	-------

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ (ຖ້າບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ເປັນຜູ້ຕິດຕໍ່ແບບຟອມນີ້ໃນນາມຂອງທ່ານ)	ວັນທີ
---	-------