

**Family Agreement to Children's Intensive In-Home Behavioral Support (CIIBS) Program**

ឈ្មោះរបស់កុមារ/យុវជន	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតកុមារ/យុវជន	លេខ ADSA ID	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀង
ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល	អ្នកថែទាំកម្រិតខ្ពស់ (ប្រសិនបើផ្សេងពី ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល)		
ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល	អ្នកថែទាំកម្រិតខ្ពស់ (ប្រសិនបើផ្សេងពី ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល)		

ខ្ញុំប្តេជ្ញាថាចូលរួមពេញលេញក្នុងកម្មវិធី CIIBS ដរាបណាកូនរបស់ស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី។ នេះរួមមានទាំងការងារទាំងអស់គ្នាជាមួយ DDA និងអ្នកជំនាញអាកប្បកិរិយាជាប់កិច្ចសន្យានៃជម្រើសរបស់ខ្ញុំដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍ផែនការគាំទ្រអាកប្បកិរិយាវិជ្ជមានដែលសមនឹងកូន និងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។ ពេលខ្ញុំបានយល់ព្រមជាមួយផែនការអាកប្បកិរិយា ខ្ញុំយល់ព្រមធ្វើតាមវាជាមួយកូនរបស់ខ្ញុំ និងទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល។ ខ្ញុំព្រមធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។ ទាំងអស់គ្នាយើងនឹងត្រួតពិនិត្យ និងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផែនការអាកប្បកិរិយាដែលបានត្រូវការ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថាកម្មវិធី CIIBS នឹងធ្វើការល្អបំផុតប្រសិនបើមនុស្សទាំងអស់ដែលគាំទ្រការងារកូនរបស់ខ្ញុំអស់គ្នា។ ខ្ញុំយល់ព្រមជួយកសាងក្រុមមនុស្សដែលនឹងបំពេញយ៉ាងតិចបី (3) ខែ។ ក្រុមនេះនឹងរួមមានគ្រួសារ មិត្តភក្តិ សមាជិកសហគមន៍ អ្នកផ្តល់សេវា បុគ្គលិកសាលា និងអ្នកជំនាញដែលរួមបញ្ចូលផ្សេងទៀត។ តាំងពីគោលបំណងក្រុមនេះគឺដើម្បីគាំទ្រភាពជោគជ័យកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំនឹងធានាថាសមាជិកទាំងអស់គោរពកូនរបស់ខ្ញុំដូចជាផ្នែកនៃក្រុម។ ខ្ញុំនឹងលើកទឹកចិត្តឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំមានជម្រើសអំពីការចូលចិត្ត មិនចូលចិត្ត គម្រោងការ សកម្មភាព និងយុទ្ធសាស្ត្រ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថាការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះមានន័យថាកម្មវិធីនេះដែលព័ត៌មានខាងក្រោមនឹងត្រូវប្រមូល និងត្រូវត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ៖

- អាកប្បកិរិយាកូនរបស់ខ្ញុំ
- ភាពស្មុកស្មាញគ្រួសារ និង
- ការចូលរួមនៃសមាជិកក្រុមគាំទ្រទាំងអស់រួមទាំងខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថាព័ត៌មានខ្លះទាំងអស់នឹងត្រូវរក្សាជាភាសាសម្ងាត់។ ការរាយការណ៍អំពីកម្មវិធីនេះនឹងមិនប្រើឈ្មោះ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអាចសម្គាល់យើង។

ខ្ញុំយល់ព្រមដើរតួជាវិជ្ជមាន គ្រួសារកម្មវិធីគាំទ្រកូនរបស់ខ្ញុំ និងក្នុងការដោះស្រាយអាកប្បកិរិយាតាមរយៈជំនួយក្រុមគាំទ្ររបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់ការថែទាំកម្រិតខ្ពស់ (ប្រសិនបើក្រៅពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់ការថែទាំកម្រិតខ្ពស់ (ប្រសិនបើក្រៅពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាយុវជន (ប្រសិនបើក្រៅពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាប្រធានករណី / ធនធាន	កាលបរិច្ឆេទយល់ព្រមដែលបានទទួល