Washington State Department of Social & Health Services

# ផែនការទទួលខុសត្រូវនៃបុគ្គល (IRP)

INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

ផែនការទទួលខុសត្រូវនៃឯកត្តជនក្នុងកម្មវិធី WorkFirst សំរាប់

| |
|---|
| JAS ID |
| CASE NUMBER |
| CLIENT ID |

ខ្ញុំយល់ថា:

- ខ្ញុំត្រូវតែសហប្រតិបត្តិការណ៍ជាមួយនាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភក្មេងនៅពេលដែលខ្ញុំទទួលជំនួយពីកម្មវិធី TANF/SFA លើកលែងតែខ្ញុំមានមូលហេតុល្អក្នុងការមិនធ្វើសហប្រតិបត្តិការណ៍ ។ ការប្រមូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេងយ៉ាងដោតជ័យអាចជួយខ្ញុំបំបាត់សេចក្តីត្រូវការជំនួយប្រាក់របស់ខ្ញុំ ។
- ខ្ញុំអាចទទួលជំនួយតែ 60 ខែប៉ុណ្ណោះសំរាប់ជំនួយប្រាក់កម្មវិធី TANF/SFA ក្នុងមួយជីវិតរបស់ខ្ញុំ លើកលែងតែខ្ញុំមានគុណសម្បត្តិសំរាប់ការពន្យាពេល ។
- ខ្ញុំបានប្រើកម្មវិធីជំនួយប្រាក់ចំនួន _____ ខែហើយ ។
- ខ្ញុំបានត្រូវតំរូវឲ្យទៅធ្វើការ, រកការងារធ្វើ, ឬប្រុងប្រៀបធ្វើការពេញម៉ោង យ៉ាងហោចណាស់បាន 32 ម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យ ។
- បើសិនជាខ្ញុំមិនអាចទៅចូលរួមក្នុងសកម្មភាពដែលបានកំណត់ទុកពីមុន ខ្ញុំនឹងទូរស័ព្ទទៅម្នាក់តាមលេខទូរស័ព្ទដែលមានរាយនៅខាងក្រោម ។
- ខ្ញុំត្រូវតែធ្វើនូវសកម្មភាពដូចតទៅនេះ សំរាប់ពេលមួយចំនួនរៀងរាល់អាទិត្យ ដែលបានបញ្ជាក់ប្រាប់នៅខាងក្រោមនេះ:

## XM – ផ្នែកពេទ្យរយៈពេលខ្លី

ចាប់ពីថ្ងៃទី _____ ទៅដល់ _____, ខ្ញុំយល់ព្រមដើម្បីចូលរួមចំនួន _____ ម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យ ជាមួយអ្នកផ្តល់ការបំរើដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោម ដើម្បីលើកយកមកនិយាយ អំពីបញ្ហាផ្នែកពេទ្យរយៈពេលខ្លីរបស់ខ្ញុំ ។

នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ ហើយនិងខ្ញុំនឹងពិនិត្យផែនការ IRP នេះជាថ្មីឡើងវិញនៅមុនថ្ងៃទី _____។

អ្នកផ្តល់ការបំរើ/ការិយាល័យ : _____

អាសយដ្ឋាន : _____

ឈ្មោះអ្នកដែលអាចទាក់ទងបាន : _____

លេខទូរស័ព្ទអ្នកដែលអាចទាក់ទងបាន : _____

ខ្ញុំនឹងរក្សា ផ្តល់ពត៌មានទៅឲ្យនាយកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី WorkFirst របស់ខ្ញុំ/អ្នកធ្វើការផ្នែកសង្គមកិច្ច នូវការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំនឹងមានវត្តមានគ្រប់ពេលកំណត់ការណាត់ជួបនិងការប្រជុំទាំងអស់, បំពេញគ្រប់ការតំរូវក្រដាសកិច្ចការ, និងផ្តល់ឲ្យគ្រប់ឯកសារតំរូវទាំងអស់ ។ ខ្ញុំនឹងធ្វើតាមគ្រប់អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលទាំងអស់ ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ ។

បើសិនជា ខ្ញុំមិនអាចធ្វើតាមការតំរូវនៃផែនការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំបានទេ ខ្ញុំនឹងទាក់ទងទៅនាយកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី WorkFirst របស់ខ្ញុំ/អ្នកធ្វើការផ្នែកសង្គមកិច្ច ។

ការខកខានមិនបានធ្វើដូច្នេះអាចនាំលទ្ធផលឲ្យទទួលទណ្ឌកម្ម ។

ការមើលថែទាំកូននិងការដឹកនាំត្រូវបានលើកយកមកនិយាយ ។

បើសិនជាមានមូលហេតុល្អ ខ្ញុំមិនអាចធ្វើតាមផែនការខ្ញុំទេ ខ្ញុំត្រូវទាក់ទងនិងធ្វើការជាមួយអ្នកឯកទេសកម្មវិធី WorkFirst/អ្នកធ្វើការផ្នែកសង្គមកិច្ចយ៉ាងឆាប់បំផុតដែលអាចធ្វើទៅបាន ។ ឧទាហរណ៍ខ្លះៗនៃមូលហេតុល្អមានរួមទាំង:

- ខ្ញុំមិនបានទៅចូលរួមតាមការណាត់ជួប ដោយសារតែមានជម្ងឺ ឬគ្មានអ្នកថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំឬគ្មានយានជំនិះដោយចៃដន្យ;
- ខ្ញុំមានស្ថានភាពបន្ទាន់អាសន្នផ្នែក (ទូវរាងកាយ, ផ្លូវចិត្តឬផ្លូវអារម្មណ៍, ឬការរំជួលចិត្តចង់បានអ្វីមួយ);
- ខ្ញុំជាអ្នករងគ្រោះនៃគ្រួសារហិង្សា;
- ខ្ញុំមិនអាចរកអ្នកថែកូនដែលមានតំលៃថោក, សមរម្យគ្រឹមត្រូវនៅក្នុងតំបន់ខ្ញុំសំរាប់ក្មេងដែលមានអាយុក្រោម 13 ឆ្នាំ;
- ខ្ញុំមានបញ្ហាផ្នែកច្បាប់ដែលត្រូវការបន្ទាន់;
- ខ្ញុំមានពិការភាព ឬជម្ងឺមួយចំនួន ហើយបញ្ហានេះរារាំងខ្ញុំមិនអាចឲ្យខ្ញុំបំពេញបំណងតាមសេចក្ដីតំរូវរបស់កម្មវិធីបាន; ឬ
- ខ្ញុំជាមនុស្សពេញវ័យដែលមានពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរនិងរាំរ៉ៃ;
- ខ្ញុំត្រូវការអ្នកថែទាំក្មេងតាមផ្ទះសំរាប់កូនដែលមានសេចក្ដីត្រូវការពិសេស ឬមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀតដែលមានពិការភាព;
- ខ្ញុំមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង និងកំពុងថែទាំក្មេង ហើយខ្ញុំមិនមែនជាឪពុកឬម្ដាយរបស់ក្មេងនោះទេ; ឬ
- ខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំជំនួយ SSI ពីអ្នកសំរួលការនៃក្រសួង DSHS ។

បើសិនជាខ្ញុំមិនយល់ស្របតាមផែនការនេះទេ ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ និង/ឬស្នើសុំធ្វើសវនាការ ។ ដើម្បីស្នើសុំធ្វើសវនាការ ខ្ញុំត្រូវតែទាក់ទងទៅការិយាល័យផ្នែកសេវាសហគមន៍ ឬទៅការិយាល័យផ្នែកសវនាការរដ្ឋបាល Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488, នៅក្នុងរវាង 90 ថ្ងៃចាប់តាំងពីថ្ងៃដែលអ្នកចាត់ការសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោមនេះ ។ គេបានឲ្យក្រដាសចម្លងផែនការទទួលខុសត្រូវជាឯកត្តជនដល់ខ្ញុំមួយច្បាប់ ។

| ហត្ថលេខារបស់អ្នកចាត់ការសំណុំរឿង | ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ | ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ | ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ |
|---|---|---|---|
| | | | |

| JAS ID | CASE NUMBER | CLIENT ID |
|---|---|---|
| | | |

## ការតំរូវភាពលាក់ការ

ខ្ញុំប្រហែលអាចត្រូវទទួលសេវាឧបត្ថម្ភដើម្បីជួយខ្ញុំឲ្យមានភាពចំរើនចំពោះការងាររបស់ខ្ញុំ, រក្សាការងាររបស់ខ្ញុំ, ទទួលធ្វើការងារ, រកការងារធ្វើ, ឬធ្វើតាមផែនការរបស់ខ្ញុំ ។ បើសិនជាខ្ញុំមិនយល់ស្របតាមសេចក្តីសំរេចអំពីសេវាឧបត្ថម្ភ ខ្ញុំអាចស្នើសុំការពិនិត្យសំណុំរឿងឡើងវិញ និង/ឬស្នើសុំធ្វើសវនាការ ។ ខ្ញុំនឹងស្នើសុំទៅអ្នកឯកទេសកម្មវិធី WorkFirst/អ្នកធ្វើការផ្នែកសង្គមកិច្ច បើសិនជាខ្ញុំត្រូវការសេវាឧបត្ថម្ភដូចជា:

- ផ្ទះសណ្ដូលឡាន
- កន្ទបទារក
- សំបុត្របើកបរ/ថ្លៃឈ្នួល
- ថ្លៃសាំង
- សំលៀកបំពាក់
- បង់ថ្លៃសាលា
- កាត់សក់
- ឧបករណ៍ទៅធ្វើការ
- ការឲ្យឱ្យវាទ
- ប្រដាប់អនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន
- សំបុត្ររថយន្តក្រុង
- ផែនការគ្រួសារ

ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែធ្វើសកម្មភាពតាមការតំរូវ ។ បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើតាម ខ្ញុំនឹងទទួលការពិន័យ លើកលែងតែខ្ញុំអាចបញ្ជាក់ថាខ្ញុំមានមូលហេតុល្អ ។ ការនេះគឺហៅថា ស្ថានភាពទណ្ឌកម្មនៅក្នុងផែនការ WorkFirst ។ បើសិនជាខ្ញុំបានទទួលទណ្ឌកម្ម គឺមានន័យថា:

- ជំនួយរបស់ខ្ញុំនិងត្រូវកាត់បន្ថយចំនួន 40 ភាគរយឬចំណែកជំនួយម្នាក់ យកមួយណាដែលធំជាង ។
- ខ្ញុំត្រូវតែធ្វើតាមផែនការ IRP របស់ខ្ញុំសំរាប់រយៈពេលបួនអាទិត្យជាប់ៗគ្នា ដើម្បីឲ្យរួចពីការទទួលទណ្ឌកម្ម ។
- នៅពេលណាដែលខ្ញុំធ្វើនូវអ្វីដែលបានតំរូវរួចសំរាប់បួនអាទិត្យជាប់ៗគ្នារួចហើយ ការពិន័យលើទណ្ឌកម្មរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវលើកលែងចាប់តាំងពីថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់ បន្ទាប់ពីការចូលរួមចំនួនបួនអាទិត្យរបស់ខ្ញុំ ។
- ក្រុមផ្នែកពិនិត្យទណ្ឌកម្មនឹងពិនិត្យឡើងវិញ ហើយអាចបិទ សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ បើសិនជាខ្ញុំនៅក្នុងទណ្ឌកម្មសំរាប់រយៈពេលប្រាំមួយខែជាប់បន្តៗគ្នា ។
  - បើសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំបានបិទដោយសារក្រុមផ្នែកពិនិត្យទណ្ឌកម្មឡើងវិញ ខ្ញុំនឹងត្រូវដាក់ពាក្យសុំជាថ្មីឡើងវិញ ហើយចូលរួមសំរាប់បួនអាទិត្យជាប់បន្តៗគ្នា មុននឹងខ្ញុំអាចទទួលប្រាក់ជំនួយវិញ ។
  - បើសិនជាសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំបានទទួលទណ្ឌកម្មជាថ្មីឡើងវិញ ក្រុមប្រឹក្សាផ្នែកពិនិត្យទណ្ឌកម្មនឹងពិនិត្យឡើងវិញ ហើយអាចបិទ សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ បើសិនជាខ្ញុំនៅក្នុងទណ្ឌកម្មសំរាប់រយៈពេលបីខែជាប់បន្តៗគ្នា ។

នៅពេលដែលខ្ញុំទទួលទណ្ឌកម្ម ខ្ញុំមិនអាចទទួលសេវាឧបត្ថម្ភបានទេ (ដូចជាប្រាក់សំរាប់ទីញខោអាវទៅធ្វើការ ឬសំរាប់ធ្វើដំណើរ) រហូតដល់ពេលខ្ញុំចាប់ផ្តើមធ្វើកម្មវិធី IRP របស់ខ្ញុំបន្តទៅទៀត ។

ខ្ញុំដឹងថា បើសិនជាខ្ញុំបដិសេធចូលធ្វើសហប្រតិបត្តិការជាមួយនាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភក្មេង (DCS) ដោយគ្មានមូលហេតុល្អ នោះជំនួយប្រាក់របស់ខ្ញុំអាចត្រូវកាត់បន្ថយ ។ មូលហេតុល្អមានរួមទាំង ការគំរាមកំហែងធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់រាងកាយដល់កូនខ្ញុំទាំងអស់ឬរូបខ្ញុំ ។ ខ្ញុំដឹងថា នៅពេលដែលខ្ញុំទទួលជំនួយប្រាក់ TANF ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេងណាដែលខ្ញុំប្រមូលបាន គឺត្រូវបង់សងទៅរដ្ឋវិញទាំងអស់ ។

នៅពេលណាខ្ញុំឈប់ទទួលជំនួយ TANF/SFA, នាយកដ្ឋាន DCS នឹងប្រមូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេងហើយផ្ញើមកឲ្យខ្ញុំវិញ លើកលែងតែខ្ញុំជំរាបទៅគេឲ្យឈប់ផ្ញើមក ។ ខ្ញុំដឹងអំពីសេវាឧបត្ថម្ភ, ការទទួលទណ្ឌកម្ម, និង ការឧបត្ថម្ភក្មេង ។

| ហត្ថលេខារបស់នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង | ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ | ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ | ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ |
|---|---|---|---|
| | | | |