DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ផែនការនៃការថែទាំ

PLAN OF CARE

☐ ផែនការដំបង ☐ ផែនការបេស៊ីក (Basic) ☐ ផែនការបេចាំឆាំ ☐ ផែនការបេស៊ីកបន្ថែម ☐ ផែនការយ៉ះ ☐ ការការពារសហគមន៍

ជំពូកទីមួយ - ទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន

It is very important to verify that all information in this section is current and correct.

If any of the information has changed, be sure to enter the correct information into the CCDB immediately!

Make sure to identify a contact in case of natural disaster or service-related emergency.

ឈ្មោះ		ខែថ្ងៃកំណើត
អាសយដ្ឋាន		
លេខទូរស័ព្ទ	លេខសំណុំរឿង	លេខ DDD
ដៃគូសំខាន់ឯទៀត	ទំនាក់ទំនង	លេខទូរស័ព្ទ
☐ ឪពុកឬម្តាយ សមាជិកគ្រួសារ ☐ អ្នកអាណាព្យាបាល ☐ អ្នកគាំទ្រ ☐ ផ្សេងៗ:(ចូរពិពណ៌នា)		
ឈ្មោះទាក់ទងពេលមានការបន្ទាន់អាសន្ន	ទំនាក់ទំនង	លេខទូរស័ព្ទ
នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង		លេខទូរស័ព្ទ
ខែថ្ងៃនៃការប្រជុំធ្វើផែនការ	ខែថ្ងៃផែនការមានសុពលភាព	

Every effort must be made to include the people in the plan development process that the waiver participant would like.

អង្គប្រជុំដែលបានចូលរួម :

ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនងទៅអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះ	ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនងទៅអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះ

Note everyone who attended the meeting and/or contributed to the plan. All adult participants **MUST** attend the meeting.

បានធ្វើអំណោយទៅលើផែនការ តែមិនបានមកចូលរួមប្រជុំទេ :

ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនងទៅអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះ	ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនងទៅអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះ

A Support Needs Assessment must be completed and ICF/MR eligibility confirmed prior to completing the

A complete waiver plan for participants with personal care services will be a combination of this POC and the CARE instrument. If any information in this plan is already documented on the CARE instrument, write, "CARE" on the line or across the section. If some information is found on the CARE instrument but you need to add more here write "CARE" plus . . ." and then write in the additional information.

ឈ្មោះ	លេខ DDD

Please provide a brief description of the waiver participant and their current situation. The idea is, (in a very brief way), to have a sense of this person, what their life looks like, what's going on in the life, highlights and major issues. etc.	"ការសង្កេត" ផ្ទាល់ខ្លួន

ជំពូកទីពីរ - ពតិមានសុខភាព

Remember!
Get the dates.

Every effort must be made to get the actual date, but if the person/ family cannot provide the exact date you must at least indicate the month.

Because routine dental and medical visits are so important to staying in the best of health, be sure there is a discussion explaining the reasons/benefits.

Offer assistance to connect with a doctor or dentist if needed.

ផ្នែកពេទ្យ

គ្រូពេទ្យបឋម

ឈ្មោះ : _____

លេខទូរស័ព្ទ : _____

ខែថ្ងៃពិនិត្យពេទ្យរាងកាយចុងក្រោយបង្អស់:_____

ស្ថានភាពនៃបញ្ហាសុខភាពកំពុងវិវឌ្ឍ :

កង្វល់ថ្មី :

បើសិនជា ក្រោយពីបានធ្វើការពិភាក្សាពីសារ:សំខាន់ នៃការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ បុគ្គលនោះ/គ្រួសារ/ អ្នកអាណាព្យាបាលបដិសេធការពិនិត្យរោគ សូមឲ្យគេចុះ ហត្ថលេខាសង្ខេបទីនេះ:_____

ផ្នែកធ្មេញ

គ្រូពេទ្យធ្មេញ

ឈ្មោះ : _____

លេខទូរស័ព្ទ : _____

ខែថ្ងៃពិនិត្យធ្មេញចុងក្រោយបង្អស់: _____

ស្ថានភាពនៃបញ្ហាកំពុងវិវឌ្ឍន៍ :

បើសិនជា ក្រោយពីបានធ្វើការពិភាក្សារួចហើយ ជននោះ/គ្រួសារ/អ្នកអាណាព្យាបាល ជ្រើសយកការមក ពិនិត្យធ្មេញតែម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ សូមឲ្យគេចុះហត្ថលេខា សង្ខេបទីនេះ : _____

បើសិនជា ក្រោយពីបានធ្វើការពិភាក្សាពីសារ:សំខាន់ នៃការពិនិត្យធ្មេញមួយឆ្នាំម្តង ជននោះ/គ្រួសារ/ អ្នកអាណាព្យាបាលបដិសេធទៅជួបគ្រូពេទ្យធ្មេញ សូមឲ្យគេចុះ ហត្ថលេខាសង្ខេបទីនេះ: _____

Other health services can include any sort of medical providers or therapist.

សេវាសុខភាពផ្សេងៗទៀត

(គ្រូពេទ្យបន្ថែមទៀត, ការចាំការតិរយាបថ
Mgmt. OT, PT, ជាដើម)

ឈ្មោះ: _____

ប្រភេទ:_____

ស្ថានភាពនៃបញ្ហាកំពុងវិវឌ្ឍន៍:_____

ឈ្មោះ: _____

ប្រភេទ:_____

ស្ថានភាពនៃបញ្ហាកំពុងវិវឌ្ឍន៍:_____

ឈ្មោះ	លេខ DDD

This is very important information and an opportunity to make sure that proper medication management is happening for this person. You may attach available listing of medications, dosage, etc.

ការចាត់ចែងការផ្នែកថ្នាំព្យាបាលផម្ចី:

សូមមេត្តារាយឈ្មោះថ្នាំដែលអ្នកកំពុងប្រើក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ហើយសំរាប់ប្រើព្យាបាលអ្វី:

តើត្រូពេទ្យណាដែលចេញសំបុត្រថ្នាំទាំងនេះ និងតើត្រូពេទ្យពិនិត្យឡើងវិញញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ?

តើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីប្រើថ្នាំព្យាបាលទាំងនេះឬទេ ? សូមពិពណិនា :

តើអ្នកមានកង្ខល់អ្វីអំពីថ្នាំរបស់អ្នកឬទេ?

ជំពូកទីបី - ការឧបត្ថម្ភពេលបច្ចុប្បន្ន និងប្រភពឧបត្ថម្ភ

ពតិមានទៅក្នុងជំពូកទីបីមានសារ:ប្រយោជន៍ណាល់ គួរតែយល់ឲ្យបានច្បាស់លាល់អំពីការឧបត្ថម្ភនិងធនធានរបស់ជនទោះ ទៅពេលអ្នករៀបចំផែនការ ដើម្បីផ្ទួបនឹងសេចក្តីត្រូវការនៃសុខភាពនិងសុខុមាលភាពរបស់គេ ។

Current Living Situation: Identify what type of residential setting such as parent home, own home, AFH, etc.

Own home = person pays rent and it's not the family home.

Note who else lives with the person and their relationship.

Note any residential supports provided.

ស្ថានភាពនៃការរស់នៅបច្ចុប្បន្ន

សេវាផ្សេងឯទៀតដែលបានប្រើប្រាស់ (ដែនមិនបានចេញប្រាក់ដោយ DDD) (ការបំរើពី DVR, MH, ផ្នែកបំពានគ្រឿងញ្ជៀន, សាលារៀនជាដើម)

អ្នកផ្តល់ការបំរើកម្មវិធីពេលថ្ងៃ	ប្រភេទកម្មវិធីពេលថ្ងៃ
ផ្នែកមេឌីយែរ	ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកពេទ្យផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

<u>កម្រៃនិងប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ</u>

☐ ម្ហូបអាហារដែលជាមូលដ្ឋាន $ _____

☐ ជំនួយផ្នែកឈ្នួលផ្ទះពីជំពូក 8 $ _____

សារុបប្រចាំខែ $ _____

☐ ជំនួយផ្នែក SSP $ _____

☐ ប្រាក់ខែ $ _____

☐ ប្រភពប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត $ _____

SSA/SSDI/DAC $ _____

SSI $ _____

សារុបប្រចាំខែ $ _____

ចំនួនប្រាក់គិតយើញ ទាំងអស់នេះគឺយោលទៅលើរបាយការណ៍របស់ អតិថិជនទៅពេលអង្គប្រជុំ ផែនការ ។

ឈ្មោះ	លេខ DDD

ជំពូកទីបួន -ការកំណត់នៃសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពនិងសុខុមាលភាព

	ការពិនិត្យឡើងវិញនៃផែនការបច្ចុប្បន្ន
If this is an initial plan this section does not have to be completed.	តើសេវានិងការឧបត្ថម្ភអ្វីដែលជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការរបស់ជននោះ ? តើគួរតែគេត្រូវបន្តឬទេ ? តើត្រូវការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ ?
If this is an annual review, facilitate a discussion looking at how the current plan is working, what is working well and should continue, changes that need to be made and any new issues to be addressed.	តើសេវានិងការឧបត្ថម្ភអ្វីដែលមិនបានជួបគ្រប់ក្រាន់នឹងសេចក្តីត្រូវការរបស់ជននោះ តើតំរូវឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរខ្លះឬទេ ?
The waiver participant, their family/legal representative and any current providers need to be asked these questions.	តើមានសេចក្តីត្រូវការថ្មីដែលត្រូវតែលើកយកមកនិយាយឬទេ ?
	តើមានបញ្ហាណាមួយដែលទាក់ទងទៅនឹងការរក/រក្សាទុកអ្នកផ្តល់ការបំរើឬទេ ?

បើសិនជាជននោះមានផែនការបំរើងទៀតជាច្រើន IEP, ផែនការ 504, IFSP, DVR ជាដើម, ពិនិត្យឡើងវិញនិងរួមបញ្ចូលទាំងពត៌មាននៃសេចក្តីត្រូវការបន្ថែមដែលបានសំគាល់ឃើញ ។

	ឈ្មោះ	លេខ DDD

It is vital to find out what the person and/or their family/guardian, feel is needed to meet the waiver participant's health and welfare needs. This box should contain only items in addition to those already identified above.	បញ្ហាកង្វល់ផ្នែកសុខភាពនិងសុខុមាលភាពផ្សេងទៀតដែលបានសំគាល់ឃើញដោយបុគ្គលនោះ/គ្រួសារ/អ្នកអាណាព្យាបាលហើយមិនបានលើកឡើងមកដល់ ចំណុចនេះ ។

ឈប់

ក្រុមអ្នកធ្វើការត្រូវតែពិភាក្សាគ្រប់សេចក្តីត្រូវការទាំងអស់ដែលបានសំគាល់ឃើញ ហើយនិងយល់ស្របតាមដែលថាចាំបាច់ ដើម្បីធានាពីសុភាពនិងសុខុមាលភាពនៃអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះ ។ ទាំងអស់នោះត្រូវតែលើកយកមកនិយាយដោយផែនការនេះ ។ បើសិនជា មានសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពនិងសុខុមាលភាពមិនបានជួប តាមការគំរូ ហើយមិនយកមកនិយាយនៅក្នុងផែនការនេះទេ ចូរកត់ត្រាមូលហេតុនៅខាងក្រោម ។

សេវានិងការឧបត្ថម្ភដែលនឹងលើកយកមកពីភាក្សាលើកក្រោយ ប្រហែលជាជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការដែលបានយល់ស្រប ។ ការពិភាក្សានេះត្រូវតែរួមបញ្ចូលគំនិតនានាអំពីការឧបត្ថម្ភដែលមិនត្រូវបង់ប្រាក់ទិងក៏ដូចជាការឧបត្ថម្ភដែលបង់ប្រាក់ផងដែរ; សេវាផែនការរបស់រដ្ឋក៏ដូចជាសេវាអនុគ្រោះដែរ ។ គ្រប់អ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីអនុគ្រោះ **ត្រូវ**បានគេផ្តល់ជំរើស នៃអ្នកផ្តល់ការបំរើអនុគ្រោះដែលមានគុណសម្បត្តិ ។ បើសិនជាជនទោះមានអ្នកផ្តល់ការបំរើក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ដែលគេមិនសប្បាយចិត្តជាមួយ បញ្ហាត្រូវតែលើកឡើងមកនិយាយ ហើយផែនការធ្វើសកម្មភាពដែលបានមកនោះ ទាំងអស់ត្រូវតែឲ្យមានជាសុខភាពជាមួយគ្នា ។

នៅពេលដែលក្រុមអ្នកធ្វើការមានអារម្មណ៍ថាគេមានគំនិតល្អ ទ្ធូវរឬៀបជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការដែលបានយល់ស្របប្រសើរបំផុតនោះ ចូរបន្តកត់ត្រាទ្ធូវវិធានការនិ ចាំបាច់ដើម្បីដាក់ផែនការធ្វើការ ។

ការពន្យល់នៃសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពនិងសុខុមាលភាពណាមួយ ដែលនឹងមិនលើកយកមកនិយាយនៅក្នុងផែនការនេះ :

ឈ្មោះ	លេខ DDD

ជំពូកទីប្រាំ - ផែនការអំពីសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពនឹងសុខុមាលភាពដែលបានយល់ស្រប

លេខការវាយតម្លៃនៃសេចក្តីត្រូវការ _____

តើវិធានការណាដែលត្រូវយក និង/ឬសេវាអ្វី /សេចក្តីត្រូវ ឧបត្ថម្ភ អ្វីនឹងយកមកប្រើដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការនេះ ?	អ្នកផ្តល់ការបំរើ/ ជនអ្នក ទទួលខុសត្រូវ	តួស បើសិនជា សេវាអនុគ្រោះ ដែលគេបង់ប្រាក់ឲ្យ	ភាពញឹកញាប់ ? រាល់ថ្ងៃ/អាទិត្យ/ខែ ចំនួន: ម៉ោង/ថ្ងៃ/ខែ	បើថ្មី តើចាប់ ផ្តើមនៅថ្ងៃ ណា?	ទទួលការយល់ ព្រមជាមុន បើសិនជាត្រូវការ

លេខការវាយតម្លៃនៃសេចក្តីត្រូវការ _____

តើវិធានការណាដែលត្រូវយក និង/ឬសេវាអ្វី /សេចក្តីត្រូវ ឧបត្ថម្ភ អ្វីនឹងយកមកប្រើដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការនេះ ?	អ្នកផ្តល់ការបំរើ/ ជនអ្នក ទទួលខុសត្រូវ	តួស បើសិនជា សេវាអនុគ្រោះ ដែលគេបង់ប្រាក់ឲ្យ	ភាពញឹកញាប់ ? រាល់ថ្ងៃ/អាទិត្យ/ខែ ចំនួន: ម៉ោង/ថ្ងៃ/ខែ	បើថ្មី តើចាប់ ផ្តើមនៅថ្ងៃ ណា?	ទទួលការយល់ ព្រមជាមុន បើសិនជាត្រូវការ

លេខការវាយតម្លៃនៃសេចក្តីត្រូវការ _____

តើវិធានការណាដែលត្រូវយក និង/ឬសេវាអ្វី /សេចក្តីត្រូវ ឧបត្ថម្ភ អ្វីនឹងយកមកប្រើដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការនេះ ?	អ្នកផ្តល់ការបំរើ/ ជនអ្នក ទទួលខុសត្រូវ	តួស បើសិនជា សេវាអនុគ្រោះ ដែលគេបង់ប្រាក់ឲ្យ	ភាពញឹកញាប់ ? រាល់ថ្ងៃ/អាទិត្យ/ខែ ចំនួន: ម៉ោង/ថ្ងៃ/ខែ	បើថ្មី តើចាប់ ផ្តើមនៅថ្ងៃ ណា?	ទទួលការយល់ ព្រមជាមុន បើសិនជាត្រូវការ

ឈ្មោះ	លេខ DDD

លេខការវាយតម្លៃនៃសេចក្តីត្រូវការ _____

តើវិធានការណាដែលត្រូវយក និង/ឬសេវាអ្វី /សេចក្តីត្រូវ ឧបត្ថម្ភ អ្វីនឹងយកមកប្រើដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការនេះ ?	អ្នកផ្តល់ការបំរើ/ ជនអ្នក ទទួលខុសត្រូវ	គួស បើសិនជា សេវាអនុគ្រោះ ដែលគេបង់ប្រាក់ឲ្យ	ភាពញឹកញាប់ ? រាល់ថ្ងៃ/អាទិត្យ/ខែ ចំនួន: ម៉ោង/ថ្ងៃ/ខែ	បើថ្មី តើចាប់ ផ្តើមនៅថ្ងៃ ណា?	ទទួលការយល់ ព្រមជាមុន បើសិនជាត្រូវការ

លេខការវាយតម្លៃនៃសេចក្តីត្រូវការ _____

តើវិធានការណាដែលត្រូវយក និង/ឬសេវាអ្វី /សេចក្តីត្រូវ ឧបត្ថម្ភ អ្វីនឹងយកមកប្រើដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការនេះ ?	អ្នកផ្តល់ការបំរើ/ ជនអ្នក ទទួលខុសត្រូវ	គួស បើសិនជា សេវាអនុគ្រោះ ដែលគេបង់ប្រាក់ឲ្យ	ភាពញឹកញាប់ ? រាល់ថ្ងៃ/អាទិត្យ/ខែ ចំនួន: ម៉ោង/ថ្ងៃ/ខែ	បើថ្មី តើចាប់ ផ្តើមនៅថ្ងៃ ណា?	ទទួលការយល់ ព្រមជាមុន បើសិនជាត្រូវការ

លេខការវាយតម្លៃនៃសេចក្តីត្រូវការ _____

តើវិធានការណាដែលត្រូវយក និង/ឬសេវាអ្វី /សេចក្តីត្រូវ ឧបត្ថម្ភ អ្វីនឹងយកមកប្រើដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការនេះ ?	អ្នកផ្តល់ការបំរើ/ ជនអ្នក ទទួលខុសត្រូវ	គួស បើសិនជា សេវាអនុគ្រោះ ដែលគេបង់ប្រាក់ឲ្យ	ភាពញឹកញាប់ ? រាល់ថ្ងៃ/អាទិត្យ/ខែ ចំនួន: ម៉ោង/ថ្ងៃ/ខែ	បើថ្មី តើចាប់ ផ្តើមនៅថ្ងៃ ណា?	ទទួលការយល់ ព្រមជាមុន បើសិនជាត្រូវការ

ឈ្មោះ	លេខ DDD

ជំពូកទីប្រាំមួយ - ការបញ្ចប់និងចុះហត្ថលេខា

Review/monitoring activities must be documented in the Service Episode Record (SER)	**ការពិនិត្យផែនការឡើងវិញ** នៅពេលណាដែលផែនការសំរាប់ជួបតាមសេចក្តីត្រូវការនៃសុខភាពនឹងសុខុមាលភាបានចប់សព្វគ្រប់ហើយ សេចក្តីសំរេចត្រូវតែធ្វើឡើងដូចតាមការតំរូវនៃភាពញឹកញាប់សំរាប់ត្រួតពិនិត្យ ផែនការ ។ សេចក្តីសំរេចនេះគឺត្រូវធ្វើឡើងដោយយោងទៅលើភាពស្មុគស្មាញនៃផែនការនឹងភាពស្គាំងស្គមនៃបុគ្គលនិង/ឬការឧបត្ថម្ភរបស់គេ ។ ចូរគូសប្រអប់ណាដែលត្រូវសមរម្យខាងក្រោមនេះ ។ ផែនការនេះនឹងត្រូវពិនិត្យឡើងវិញ: ☐ មួយខែម្តង ☐ រាល់ត្រីមាស ☐ ពីរដងមួយឆ្នាំ ☐ មួយឆ្នាំម្តង
It is very important to have a discussion about the items, before asking the person to check them. NOTE: Individuals must be given their appeal rights in writing every time there is a change in their plan.	ចូរគូសយកប្រការខាងក្រោមនេះ ដើម្បីបង្ហាញថាមានកើតឡើង ។ ផែនការនឹងមិនបញ្ចប់រហូតទាល់តែអតិថិជន/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់គូសប្រអប់ទាំងអស់ ។ C = អតិថិជន , L = អ្នកតំណាងស្របច្បាប់ ។ C L ☐ ☐ ខ្ញុំបានទទួលពត៌មានទាក់ទងនឹងសេវាអនុគ្រោះនិងអ្នកផ្តល់ការបំរើដែលខ្ញុំត្រូវការដើម្បីបំពេញផែនការ ។ ☐ ☐ ខ្ញុំមានជំរើសនៃអ្នកផ្តល់ការបំរើដែលមានគុណសម្បត្តិដើម្បីឲ្យជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពនឹងសុខុមាលភ៉ាពរបស់ខ្ញុំ ។ ☐ ☐ បើសិនជាមានអ្នកផ្តល់ការបំរើបច្ចុប្បន្នមិនបានជាទីពេញនឹងបំណងរបស់ខ្ញុំទេ ខ្ញុំអាចធ្វើផែនការណាដែលអាចជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការក្នុងមធ្យោបាយផ្សេងវិញ ។ ☐ ☐ សេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពនឹងសុខុមាលភាពរបស់ខ្ញុំគឺជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការ ឬក៏មានផ្នែនការគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីជួបទៅតាមពេលវេលាកំណត់ ។ ☐ ☐ ញ្ហាឬកង្វល់ណាមួយដែលខ្ញុំលើកឡើងទាក់ទងទៅនឹងការថែទាំនៃផែនការនេះ បានត្រូវ/បានលើកយកមកនិយាយ ។ ☐ ☐ ខ្ញុំត្រូវបានព្យាបាលដោយយកចិត្តទុកដាក់ពីអ្នកផ្តល់ការបំរើរបស់ខ្ញុំ ។ ☐ ☐ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចស្នើសុំឲ្យពិនិត្យផែនការនេះឡើងវិញនៅពេលណាក៏បាន ។ ☐ ☐ សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ក្នុងការតវ៉ាពីសេចក្តីសំរេចដែលបានធ្វើឡើងដោយនាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៏នៃភាពពិការ ត្រូវបានគេពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ ។ ដំណើរការសំរាប់ធ្វើការតវ៉ាត្រូវបានគេពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ ។
Signatures and dates are required for plan implementation. As per WAC 388-845-3020 consent is assumed after 30 days unless otherwise indicated by the waiver participant/legal representative.	ខ្ញុំបានចូលរួមនៅក្នុងការអភិវឌ្ឍន៏នៃ ទឹង/ឬការពិនិត្យឡើងវិញនៃផែនការថែទាំសំរាប់ជនម្នាក់ៗនិង**យល់ស្រប**ទៅនឹងសេវានិងការឧបត្ថម្ភដែលបានអធិប្បាយប្រាប់ ។ អ្នកចូលរួមផ្នែកសេវាអនុគ្រោះ: _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ _____ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់: _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ _____ នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង/ធនធាន: _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ _____
Make sure the choice regarding agreement is indicated. The CRM is the last one to sign. **This becomes the plan effective date. Please go to the front page of the plan and record that date.**	ខ្ញុំបានចូលរួមនៅក្នុងការអភិវឌ្ឍន៏នៃ ទឹង/ឬការពិនិត្យឡើងវិញនៃផែនការថែទាំសំរាប់ជនម្នាក់ៗហើយ**មិនយល់ស្រប**ទៅនឹងសេវានិងការឧបត្ថម្ភដែលបានអធិប្បាយប្រាប់ទេ ។ ខ្ញុំត្រូវបានគេផ្តល់សិទ្ធិតវ៉ាឲ្យខ្ញុំ ។ ខ្ញុំយល់ថា បើសិនជាខ្ញុំមិនចុះហត្ថលេខានៅក្នុងផែនការ ហើយមិនបានស្នើសុំតវ៉ាក្នុងរយៈពេល ២៨ ថ្ងៃទេ ការយល់ព្រមត្រូវបានសន្ទតយក ហើយផែនការត្រូវអនុវត្តដូចដែលបានសរសេរជាលាយលក្សអក្សរ ។ អ្នកចូលរួមផ្នែកសេវាអនុគ្រោះ: _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ _____ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់: _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ _____

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ផែនការនៃការថែទាំរបស់ DDD សំរាប់ជនម្នាក់ៗ
ស្នើសុំសំរាប់តវ៉ាសវនាការ

តាមច្បាប់ជំពូក 388-02 សំរាប់បញ្ញត្តិសវនាការយុត្តិធម៌នៃ DSHS

FOR AGENCY USE ONLY	
☐ **Oral request taken by:**	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

ផ្ញើទៅ : OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ទូរសារ: 360-586-6563

ខ្ញុំស្នើសុំធ្វើសវនាការពីរឿងខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសំរេចដូចតទៅនេះ ដោយក្រសួងសង្គមកិច្ចនិងសុខាភិបាល (DSHS) :

- ពន្យល់យ៉ាងខ្លីៗនូវអ្វីដែលក្រសួង DSHS បានធ្វើនិងមិនបានធ្វើ (ថែមក្រដាសបើសិនជាអ្នកត្រូវការសរសេរច្រើន); និង
- ភ្ជាប់សំណៅចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកតវ៉ា បើសិនជាអាចធ្វើបាន ។

ឈ្មោះរបស់អ្នក (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព)	ខែ/ថ្ងៃកំណើត	អត្តលេខសន្តិសុខសង្គម
អាសយដ្ឋាននៃជនដែលស្នើសុំសវនាការ	លេខ ID របស់អតិថិជន	
ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបខូដ	លេខទូរស័ព្ទ(រួមទាំងលេខតំបន់) ☐ ទូរស័ព្ទសំរាប់ទុកសារ	

ខ្ញុំត្រូវបានគេផ្តល់ដំណឹងពីការធ្វើការសំរេចនៅថ្ងៃ : _____ ដោយ : _____
ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ ឈ្មោះនិងទីកន្លែងការិយាល័យរបស់ក្រសួង

ខ្ញុំចង់បន្តជំនួយ, បើសិនជាខ្ញុំមានសិទ្ធិ : ☐ បាទឬចាស៎ ☐ ទេ កម្មវិធី _____

ខ្ញុំត្រូវតំណាងដោយ (បើសិនជាអ្នកនឹងតំណាងដោយខ្លួនឯង, ចូរកុំបំពេញបន្ទាត់ពីរបន្ទាប់ខាងក្រោមនេះ):

ឈ្មោះអ្នកតំណាងរបស់អ្នក	អង្គការ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន ផ្លូវ	ក្រុង	រដ្ឋ ស៊ីខូដ

☐ **ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ជូនព័ត៌មានអំពីសវនាការរបស់ខ្ញុំទៅឲ្យអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំ ។**

ហត្ថលេខារបស់អ្នក	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាម្នាក់ ឬជំនួយផ្សេងទៀត ឬការសម្រួលសំរាប់សវនាការ? ☐ បាទឬចាស៎ ☐ ទេ

បើឆ្លើយបាទ តើភាសាអ្វី ឬជំនួយអ្វី ? _____

ចៅក្រមផ្នែករដ្ឋបាល (ALJ) អាចធ្វើសវនាការខ្លះតាមទូរស័ព្ទ ។ បើសិនជាអ្នកចង់ប្តូរទៅជាសវនាការជំនួបដោយផ្ទាល់ខ្លួន ចូរធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនៃសវនាការដែលនឹងផ្ញើជូនអ្នកដោយ OAH ។

Washington State Department of Social & Health Services

DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ផែនការនៃការស្តង់មតិការប្រជុំមើលថែទាំ

PLAN OF CARE MEETING SURVEY

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF
POC MEETING DATE
WAIVER: ☐ Basic ☐ Core ☐ Basic Plus ☐ Community Protection

ការស្តង់មតិនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្តនិងគ្មានលាក់ការ ។ សេវារបស់អ្នកនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ជំរើសរបស់អ្នកក្នុងការចូលរួម ឬមិនចូលរួមទេ ។ ការស្តង់មតិនេះនឹងជួយយើងធ្វើឲ្យប្រសើរដល់ ផែនការនៃការប្រតិបត្តិមើលថែទាំ ។

តើទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទៅនឹងអ្នកទទួលសេវាយ៉ាងដូចម្តេច?

☐ ខ្ញុំជាជនដែលទទួលសេវា ។ ☐ សមាជិកគ្រួសារ/អ្នកអាណាព្យាបាល ☐ បុគ្គលិកមានប្រាក់ខែ ☐ មិត្ត/អ្នកផ្តល់ឱវាទ

ការស្តង់មតិ				
លេខរៀង	សំនួរ	(1) បាទ	(2) មិនប្រាកដ	(3) ទេ
1.	ក្នុងកំឡុងពេលទទួលផែនការនៃការប្រតិបត្តិមើលថែទាំ តើនាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នកមានការគោរពនឹងរួសរាយដែរឬទេ ?			
2.	តើនាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នកមានសួរអ្នកថាមានកង្វល់អំពីសេវាពេលបច្ចុប្បន្នដែរឬទេ ?			
3.	តើកង្វល់របស់អ្នកមានបានពិភាក្សានិងមានបានបញ្ចូលក្នុងការប្រតិបត្តិរៀបចំដែរឬទេ ?			
4.	តើអ្នកបានជួយបង្កើតផែនការមើលថែទាំថ្មីដែរឬទេ ?			
5.	តើអ្នកបានទទួលពត៌មានអំពីសេវាដែលមាននៅក្នុងជំនួយសង្គ្រោះដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការដែលបានវាយតំលៃរបស់អ្នក ដែរឬទេ ?			
6.	តើគេមានផ្តល់ជំរើសនៃសេវាដល់អ្នកដែលមាននៅក្នុងជំនួយសង្គ្រោះរបស់អ្នកដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការដែលបានវាយតំលៃរបស់អ្នកដែរឬទេ ?			
7.	តើគេមានផ្តល់ជំរើសឲ្យអ្នកជ្រើសយកអ្នកផ្តល់ការបំរើដែរឬទេ ?			
8.	តើអ្នកមានគំរោងដើម្បីឲ្យជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការនិងគោលដៅរបស់អ្នក សំរាប់ជំនួយសង្គ្រោះនិងក្រៅជំនួយសង្គ្រោះទាំងពីរយ៉ាងដែរឬទេ ?			
9.	តើសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពនិងសុវត្ថិភាពរបស់អ្នកពេលនោះមានពិភាក្សាដែរឬទេ ?			
10.	តើមានរៀបចំផែនការដើម្បីជួបនឹងសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពនិងសុវត្ថិភាពរបស់អ្នកដែរឬទេ ?			
11.	តើអ្នកមានផែនការសំរាប់ពេលមានភាពបន្ទាន់អាសន្ន ដូចជាការរញ្ជួយផែនដីឬអ្នកផ្តល់ការបំរើរបស់អ្នកមានការអាក់ខានដែរឬទេ ?			
12.	តើអ្នកមានទទួលពត៌មានអំពីអ្វីមួយដែលត្រូវធ្វើដែរឬទេ បើសិនជាសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរមុនពេលធ្វើការប្រជុំរៀបចំផែនការសំរាប់ឆ្នាំក្រោយ ?			
13.	តើអ្នកមានទទួលពត៌មានអំពីរបៀបធ្វើការតវ៉ាញ្ញែកតែ្ពឬសួរសំនួរសំរាប់ការធ្វើសវនាការដោយយុត្តិធម៌ដែរឬទេ ?			

14. សូមប្រើចន្លោះខាងក្រោមនេះដើម្បីផ្តល់ការអធិប្បាយបន្ថែម ; ឬនិយាយប្រាប់យើងនូវសំណូមពរអ្វីដែលអ្នកធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរចំពោះ ផែនការនៃការប្រតិបត្តិមើលថែទាំ ។

DSHS 15-272 CA (REV. 01/2005)

សូមប្រើស្រោមសំបុត្រដែលមានតែម និងអាសយដ្ឋានភ្ជាប់មកនេះផ្ញើត្រឡប់ទៅវិញ ឬផ្ញើទៅ:

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310