Washington State
Department of Social
& Health Services

ការងារគ្មានប្រាក់ខែ

សេវាសហគមន៍ដែលគ្មានរចនាសម្ព័ន្ធ (XS)

ខ្ញុំនឹងចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពសេវាសហគមន៍ជាមួយអ្នកផ្តល់ការបំរើដែលបានរាយឈ្មោះនៅខាងក្រោម តាមទីកន្លែងដែលបានរាយខាងក្រោម សំរាប់រយៈពេលមួយដែលបានរាយខាងក្រោម ។ ខ្ញុំនឹងទៅចូលរួមគ្រប់សកម្មភាពដែលបានកំណត់ទុក បំពេញគ្រប់កិច្ចការដែលតំរូវឲ្យធ្វើ និងចូលរួមយ៉ាងអស់ពីសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំដែលអាចធ្វើទៅបាន ។ បើខ្ញុំមិនអាចទៅតាមការកំណត់ ឬសកម្មភាពនានាដែលបានតំរូវបាន ខ្ញុំនឹងទូរស័ព្ទតាមលេខដែលបានរាយនៅខាងក្រោមនៅចំថ្ងៃ ឬមុនថ្ងៃនោះ ហើយពន្យល់ថាហេតុអ្វីខ្ញុំមិនអាចទៅបាន ។ ខ្ញុំដឹងថា បើខ្ញុំមិនទូរស័ព្ទនៅថ្ងៃនោះ គេនឹងចាត់ទុកថាជាអវត្តមានគ្មានច្បាប់ ហើយអាចបណ្តាលឲ្យមានទណ្ឌកម្ម ។ ខ្ញុំមានការមើលថែទាំកូនគ្រប់គ្រាន់ និងមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនត្រូវបានគេដោះស្រាយ ហើយរឿងទាំងអស់នេះគឺគ្មានបញ្ហាទេ ។ អ្នកចាត់ការសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំហើយនិងខ្ញុំ នឹងធ្វើការពិនិត្យ IRP នេះឡើងវិញជាថ្មីនៅថ្ងៃដែលបានរាយនៅខាងក្រោមនេះ ។

I will participate _____ full-time _____ 3/4 time _____ 1/2 time _____ 1/4 time
ខ្ញុំនឹងទៅចូលរួម _____ ពេញម៉ោង _____ 3/4 ម៉ោង _____ 1/2 ម៉ោង _____ 1/4 ម៉ោង

Provider: _____
អ្នកផ្តល់ការបំរើ: _____

Address: _____
អាសយដ្ឋាន: _____

Begin and end date of services: _____
ថ្ងៃចាប់ផ្តើមនិងថ្ងៃបញ្ចប់សេវាបំរើ: _____

Phone Number: _____
លេខទូរស័ព្ទ: _____

Date of next IRP review: _____
ថ្ងៃពិនិត្យ IRP ឡើងវិញពេលក្រោយ: _____