

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា \_\_\_\_\_

# កម្មវិធីសេវាការលើកលែងថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ការលើកលែងពីប្រាក់ធ្វើការលើសម៉ោងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលរស់នៅជាមួយ

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា:

## ផ្នែក A: តម្រូវការរបស់អ្នកផ្តល់សេវា

ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ 2016 តទៅ ច្បាប់រដ្ឋ (ច្បាប់វិលវ្យែរ និងស្ថាប័នផ្នែក 12300.4) កំណត់នូវចំនួនម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍ដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវិធី IHSS/កម្មវិធីសេវាការលើកលែងថែទាំផ្ទះខ្លួន (WPCS) អាចធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍ធ្វើការ។ អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងកម្មវិធី IHSS/WPCS នឹងទទួលបានប្រាក់បន្ថែមម៉ោង ប្រសិនបើពួកគេធ្វើការលើសពី 40 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ប៉ុន្តែអ្នកផ្តល់សេវាមិនត្រូវ ធ្វើការលើសពី 66 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍សម្រាប់អ្នកទទួលជំនួយកម្មវិធី IHSS និង WPCS រួមបញ្ចូលគ្នានោះទេ។

កម្មវិធី IHSS បានបង្កើតការលើកលែងសំរាប់សមាជិកគ្រួសារដល់អតិបរមានៃសប្តាហ៍ធ្វើការ ម៉ោង សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា IHSS ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេធ្វើការរហូតដល់អតិបរមា 90 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ធ្វើការ និងរហូតដល់អតិបរមា 360 ម៉ោងក្នុងមួយខែ។ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានការលើកលែងនេះ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងបី (3) ខាងក្រោម ឬមុនថ្ងៃទី 31 ខែមករា ឆ្នាំ 2016:

- អ្នកត្រូវតែផ្តល់សេវា IHSS ដល់អ្នកទទួលជំនួយ IHSS ពីរនាក់ ឬច្រើននាក់។
- បច្ចុប្បន្នអ្នកត្រូវតែរស់នៅក្នុងផ្ទះតែមួយជាមួយអ្នកទទួលជំនួយ IHSS ដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម។
- អ្នកត្រូវតែមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលជំនួយ IHSS ដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងនាមជាឪពុក/ម្តាយ ឪពុកចុង ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម ឬជីតា ឬជាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់គាត់។

ជាមួយនឹងការលើកលែងនេះ អ្នកមិនអាចធ្វើការលើសពី 90 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាង 360 ម៉ោងក្នុងមួយខែទេ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការរហូតដល់ ៧ អតិបរមា ទាំងនេះសម្រាប់អ្នកទទួលជំនួយរបស់អ្នក និងអ្នកទទួលជំនួយ IHSS របស់អ្នក នៅតែ នៅ ឯ IHSS ទៀត ៖ អ្នកទទួលជំនួយ IHSS របស់អ្នកនឹងត្រូវជូលអ្នកផ្តល់សេវា IHSS ផ្សេងមួយទៀតដើម្បីធ្វើការដែលនៅសល់នៃ ៧ ឯ IHSS របស់ពួកគេ។

សូមបំពេញផ្នែក B នៃសំណេរនេះ ហើយផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការទាំងបី (3) ខាងលើ ដើម្បី នលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែងនេះ ក្នុងនាមអ្នកផ្តល់សេវា ថែទាំ ឈ្មោះដែលក្រសួងសេវាសុខភាព ពុលរស់នៅជញ្ជូន។

លេខករណីលេខ \_\_\_\_\_

**ផ្នែក B៖ ព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកទទួលជំនួយ**

**ការណែនាំ៖** អ្នកត្រូវតែបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីលំនៅដ្ឋាន និងអាសយដ្ឋានសំរាប់ប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក ហើយបន្ទាប់មកបំពេញតារាងខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកទទួលជំនួយដែលអ្នកផ្តល់សេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះអោយ។

1. អាសយដ្ឋាន នៃលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. អាសយដ្ឋានសំរាប់ប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A		B	C
ព័ត៌មានរបស់អ្នកទទួលជំនួយ		ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលជំនួយ	តើអ្នកទទួលជំនួយនេះរស់នៅជាមួយអ្នកក្នុងលំនៅដ្ឋានតែមួយទេ? សូមឆ្លើយបាទ/ចា៖ ឬ ទេ
ឈ្មោះ	លេខសំណុំរឿង		
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា \_\_\_\_\_

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ខ្ញុំបំពេញតាមតម្រូវការទាំងអស់ ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែងនេះ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសបន្ថែមទៀតថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្នុងសំណុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាការបញ្ជាក់អំពីព័ត៌មាននេះនឹងកើតឡើងនៅពេលនៃការវាយតម្លៃឡើងវិញរបស់អ្នកទទួលជំនួយ IHSS ដើម្បីកំណត់ថាតើខ្ញុំនៅតែមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែងនេះ ដែរឬទេ។ ខ្ញុំយល់ព្រមគោរពតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវទាំងអស់សម្រាប់ការបន្ថែមម៉ោងក្រោមការលើកលែងនេះ។ ប្រសិនបើខ្ញុំលែងបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវទាំងបី (3) សម្រាប់ការលើកលែងនេះ ខ្ញុំនឹងលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែងនេះទៀតហើយ ហើយខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងទៅខោនធីភ្លាមៗ។ ខ្ញុំយល់ថាបន្ទាប់មកខ្ញុំនឹងស្ថិតនៅក្រោមការដាក់កំរិតលើការបន្ថែមម៉ោងដែលមានស្រាប់។

ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាសរសេរជាអក្សរពុម្ព៖

**FOR STATE USE ONLY**

STAFF NAME: DATE:

NOTES: