

ក្រដាសដាក់ពាក្យស្នើសុំសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS)

សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ: ផ្នែកទាំងអស់នៃសំណេរនេះត្រូវ តែបំពេញឲ្យបានចប់សព្វគ្រប់ ។ ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ពីសំណេរនេះ គឺត្រូវគេយកមកពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់ ។

កំណត់: សូមរក្សាសំណេរចម្លងនៃក្រដាសដាក់ពាក្យស្នើសុំ ដែលបានបំពេញឲ្យបានចប់សព្វ គ្រប់នេះ ។ ទាក់ទងនឹងលេខសូស្យាល់ស៊ីគ្លីនិករបស់អ្នកវាចាំបាច់ណាស់ដែលអ្នកផ្តល់លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្លីនិក របស់អ្នកដូចបានតម្រូវក្នុងច្បាប់លេខ 42 USC 405 ឬអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំលេខសូស្យាល់ស៊ីគ្លីនិក ជាមួយរដ្ឋបាលសូស្យាល់ស៊ីគ្លីនិក ។ ព័ត៌មាននេះគឺប្រើសំរាប់តែការសម្រេចលើលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយ និងការសម្របសម្រួល ព័ត៌មានជាមួយ នឹងក្រសួងកិច្ចការសាធារណៈ ដទៃទៀតតែប៉ុណ្ណោះ ។

ខែថ្ងៃឆ្នាំនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំ:	លេខសំណុំរឿង (បើសិនជាដឹង):
-----------------------------------	---------------------------

ផ្នែកទី 1 – ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន:

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ:		លេខសូស្យាល់ស៊ីគូរីទី:	
លេខផ្លូវអាសយដ្ឋាន:			ក្រុង:
រដ្ឋ:	លេខស៊ីតកូដ:	លេខទូរស័ព្ទ:	
		អ៊ីម៉ែល:	
ថ្ងៃកំណើត:		ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	

ផ្នែកទី 2 – ចំណូលចិត្តលើភេទ និងលក្ខណៈនៃភេទ (តាមជម្រើស)

ការផ្តល់ចម្លើយនៅផ្នែកខាងក្រោមនេះ គឺតាមការជ្រើសរើសរបស់អ្នក និង ជាការសម្ងាត់ ។ ព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកផ្តល់នៅក្នុងផ្នែកនេះ នឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ នៅក្នុងការកំណត់ លក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយរបស់អ្នកទេ ។

តើអ្នកគិតថាអ្នកមានលក្ខណៈ ដូចគ្នានឹងភេទណាដែរ?
 (សូមគូសប្រអប់ដែលពិពណ៌នាយ៉ាងល្អបំផុតអំពីលក្ខណៈនៃភេទបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក)

ស្រី មិនមែនទាំងពីរ (មិនមែនប្រុសក៏មិនមែនស្រី)

ប្រុស លក្ខណៈជាភេទមួយផ្សេងទៀត

អ្នកប្តូរភេទ: ពីភេទប្រុស ទៅ ភេទស្រី បដិសេធមិនបញ្ជាក់

អ្នកប្តូរភេទ: ពីភេទស្រី ទៅភេទប្រុស

តើភេទអ្វីដែលអ្នកត្រូវបានចុះបញ្ជីនៅក្នុងសំបុត្រកំណើតដើមរបស់អ្នក?

ស្រី ប្រុស

តើអ្នកគិតថាចំណូលចិត្តលើភេទរបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?
 សូមជ្រើសយកចម្លើយមួយ ។

មនុស្សធម្មតា/មនុស្សស្រឡាញ់ភេទខុសគ្នា មនុស្សចំណូលចិត្តលើភេទមួយផ្សេងទៀត

ប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស ឬ ស្រីស្រឡាញ់ស្រី មិនដឹង

មនុស្សស្រឡាញ់ទាំងពីរភេទ បដិសេធមិនបញ្ជាក់

មនុស្សប្រតិព័ទ្ធនឹងមនុស្សដូចគ្នា

ផ្នែកទី 3 – ព័ត៌មានអំពីអតីតយុទ្ធជន

<p>តើអ្នកជាអតីតយុទ្ធជនឬ ?</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ</p>	<p>តើអ្នកជាប្តី/ប្រពន្ធ/កូនរបស់អតីតយុទ្ធជនឬ ?</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ</p>
<p>បើ “បាទ/ចា៖” សូមផ្តល់ឈ្មោះអតីតយុទ្ធជន និងលេខសំគាល់ខ្លួន:</p>	

ផ្នែកទី 4 – ព័ត៌មានអំពី SSI/SSP

តើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SSI/SSP ដែរឬទេ? បាទ/ចា៖ ទេ

បើ “បាទ/ចា៖” សូមគូសប្រភេទនៃការរស់នៅរបស់អ្នក:

រស់នៅដោយខ្លួនឯង រស់នៅក្នុងមន្ទីរសំណាក់មានអាហារ និងការថែទាំ រស់នៅក្នុងផ្ទះអ្នក ដទៃ

សេវាដែលនឹងស្នើសុំ:

ផ្នែកទី 5 – ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ពីអតីតកាល

តើអ្នកធ្លាប់ទទួលជំនួយពីកម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ពីអតីតកាលដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ	
បើ “បាទ/ចា៖” សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះ៖ ខែថ្ងៃឆ្នាំ និងខោនធីចុងក្រោយ បង្អស់ដែលទទួលបាន៖	
ចំនួនម៉ោងសរុបប្រចាំខែ៖	ឈ្មោះដែលបានប្រើ (បើសិនជាផ្សេងពីឈ្មោះខាងលើនេះ)៖

ផ្នែកទី 6 – ព័ត៌មានអំពីក្រុមគ្រួសារ

សូមចុះបញ្ជីឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារ៖

ឈ្មោះប្តី/ប្រពន្ធ៖	
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖	លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្វីទី៖
ឈ្មោះរបស់ <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> សាច់ញាតិផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> មិនជាប់សាច់ញាតិ	
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖	លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្វីទី៖
ឈ្មោះរបស់ <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> សាច់ញាតិផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> មិនជាប់សាច់ញាតិ	
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖	លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្វីទី៖
ឈ្មោះរបស់ <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> សាច់ញាតិផ្សេងទៀត	

☐ មិនជាប់សាច់ញាតិ	
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:	លេខសូស្យាល់ស៊ីគូរីទី:
ឈ្មោះរបស់ <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> សាច់ញាតិផ្សេងទៀត	
☐ មិនជាប់សាច់ញាតិ	
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:	លេខសូស្យាល់ស៊ីគូរីទី:
ឈ្មោះរបស់ <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> សាច់ញាតិផ្សេងទៀត	
☐ មិនជាប់សាច់ញាតិ	
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:	លេខសូស្យាល់ស៊ីគូរីទី:

ផ្នែកទី 7 – ព័ត៌មានជាតិពន្ធដើម និងភាសា

ច្បាប់តម្រូវថា ព័ត៌មានអំពីជាតិពន្ធដើម និង ភាសាចម្បង ត្រូវប្រមូលយកទុក ។ បើសិនជាអ្នក មិនបានបំពេញផ្នែកនេះទេ បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចនឹងធ្វើការសម្រេចលើករណីនេះ ។ ព័ត៌មាននេះ នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លក្ខណសម្បត្តិ ទទួលសេវារបស់អ្នកទេ ។

<p>A. ជាតិពន្ធដើមរបស់ខ្ញុំគឺ:</p> <p>(សូ មេមីលេនៅទំព័រទី 13 និង 14 សំរាប់បញ្ជីរាយឈ្មោះនៃជាតិ ពន្ធដើម និងលេខកូដេដលរតិមរតូវ)</p>	<p>B1. តើអ្នកចូលចិត្តអានភាសាអ្វី?</p> <p>B2. តើអ្នកចូលចិត្តនិយាយភាសាអ្វី?</p> <p>(សូ មេរដើសេរីសយកមួយពីបញ្ជីរាយឈ្មោះនៃ ភាសា និងលេខកូដេនៅទំព័រទី 13 និង 14)</p>
---	---

ផ្នែកទី ៨ – ការសម្របសម្រួលទំនាក់ទំនងព័ត៌មាន

ដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំដែលពិការភ្នែក ឬមានភ្នែកអន់ខ្សោយ ព័ត៌មានរបស់ IHSS ត្រូវបានផ្តល់ជូនជា ទម្រង់ឯងៗ ទៀតខាងក្រោម ។ សូមបញ្ជាក់ទម្រង់ដែលអ្នកចូលចិត្ត បើសិនជាទាក់ទងនឹងអ្នក ។ ការផ្តល់ព័ត៌មានក្នុង ផ្នែកនេះនឹង មិនប៉ះពាល់ដល់លក្ខណសម្បត្តិទទួលសេវារបស់អ្នកទេ ។

ខ្ញុំពិការភ្នែក: បាទ/ចា: ទេ

បាទ/ចា: សូមជ្រើសយកឯកសារមួយក្នុងចំណោម ឯកសារទាំង បីប្រភេទរបស់ក្រសួង សង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DSS) ដែលមានចុះរាយនៅខាងក្រោមនេះ ។

- សម្រាប់សេចក្តីប្រកាសនូវការសម្រេចចិត្ត: មិនត្រូវការ ការសម្របសម្រួលទេ
- ឯកសារនៃការអាននិងសរសេរសំរាប់មនុស្សពិការភ្នែក (Braille)
- អូឌីយ៉ូ CD ទិន្នន័យ CD ជំនួយពីខោនធី

(បើសិនជាជំនួយខោនធី សូមពិពណ៌នាអំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ)

សំណៅដែលចាំបាច់សម្រាប់ IHSS: មិនត្រូវការ ការសម្របសម្រួលទេ
 ឯកសារនៃការអាននិងសរសេរសំរាប់មនុស្សពិការភ្នែក (Braille)
 អូឌីយ៉ូ CD ទិន្នន័យ CD ជំនួយពីខោនធី

(បើសិនជាជំនួយខោនធី សូមពិពណ៌នាអំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ)

សម្រាប់ទំព័រកត់ត្រាពេលម៉ោងធ្វើការងារ: មិនត្រូវការ
 ការសម្របសម្រួលទេ
 ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ (លេខ 4 ខ្ទង់ RAN:) ជំនួយពីខោនធី
 ប្រព័ន្ធទំព័រកត់ត្រាពេលម៉ោងធ្វើការងារអេឡិចត្រូនិក (ETS)
 (អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវចុះឈ្មោះជា
 មុនសិនតាមគេហទំព័រនៅ <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(បើសិនជាជំនួយខោនធី សូមពិពណ៌នាអំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ)

ខ្ញុំមានភ្នែកអន់ខ្សោយ: បាទ/ចា៖ ទេ

បើ បាទ/ចា៖ សូមជ្រើសយកឯកសារមួយក្នុង ចំណោមឯកសារទាំងបី
 ប្រភេទ របស់ក្រសួងសង្គម កិច្ចសាធារណៈ (DSS) ដែលមាន
 ចុះរាយនៅខាងក្រោមនេះ ។

សម្រាប់សេចក្តីប្រកាសនូវការសម្រេចចិត្ត: មិនត្រូវការ
 ការសម្របសម្រួលទេ ឯកសារពុម្ពអក្សរទំហំចំណុច 18
 អូឌីយ៉ូ CD ទិន្នន័យ CD ជំនួយពីខោនធី

(បើសិនជាជំនួយខោនធី សូមពិពណ៌នាអំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ)

សំណៅដែលចាំបាច់សម្រាប់ IHSS: មិនត្រូវការ
ការសម្របសម្រួលទេ ឯកសារពុម្ពអក្សរទំហំចំណុច 18
 អូឌីយ៉ូ CD ទិន្នន័យ CD ជំនួយពីខោនធី

(បើសិនជា ខោនធី សូមពិពណ៌នាអំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ)

សម្រាប់ទំព័រកត់ត្រាពេលម៉ោងធ្វើការងារ: មិនត្រូវការ
ការសម្របសម្រួលទេ ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ (លេខ 4 ខ្ទង់ RAN:)
 ជំនួយពីខោនធី
 ប្រព័ន្ធទំព័រកត់ត្រាពេលម៉ោងធ្វើការងារអេឡិចត្រូនិក (ETS)
(អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវចុះឈ្មោះ
ជាមុនសិនតាមគេហទំព័រនៅ <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(បើសិនជាជំនួយខោនធី សូមពណ៌នាអំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ
រួមមានទាំងសេវាសំរាប់តែអ្នកពិការភ្នែក)

ផ្នែកទី 9 – ការបញ្ជាក់ ឬអះអាង

សូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានខាងលើនេះ គឺជាព័ត៌មានពិតតាមការយល់ដឹងដ៏
ជ្រៅជ្រះ និងជំនឿដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំយល់ព្រមធ្វើ សហការយ៉ាង
ពេញទំហឹង បើសិនជាការពិនិត្យបញ្ជាក់នៃ សេចក្តីថ្លែងការខាងលើនេះ
គឺតម្រូវឲ្យធ្វើឡើងនៅពេលអនាគត ។

ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា ក្នុងឋានៈខ្ញុំជានិយោជករបស់អ្នកផ្តល់ សេវាការមើល ថែទាំក្នុងផ្ទះនៃ IHSS ខ្ញុំ ទទួលខុសត្រូវលើ :

1. ការជួល ហ្វឹកហ្វឺន មើលការខុសត្រូវ គំរោងពេលម៉ោងធ្វើការ និង បើសិនជាចាំបាច់ បញ្ឈប់ការងាររបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ។
2. ការធ្វើឲ្យបានប្រាកដថា ពេលម៉ោងធ្វើការសរុប រាយការណ៍ដោយអ្នក ផ្តល់សេវាទាំងអស់របស់ខ្ញុំ មិនលើសពី ចំនួនម៉ោងអនុញ្ញាត ឲ្យដោយ កម្មវិធី IHSS ជារៀងរាល់ខែ ។
3. បញ្ជូនអ្នកផ្តល់សេវាដែលខ្ញុំចង់ជួលនោះទៅ ការិយាល័យ IHSS ខោនធី ដើម្បីបំពេញសំណៅ នៃដំណើរការឲ្យមានលក្ខណសម្បត្តិ ជាអ្នកផ្តល់ សេវា ។
4. រាយការណ៍ទៅការិយាល័យ IHSS ខោនធី ក្នុងអំឡុងពេល 10 ថ្ងៃ នៅ ពេលដែលខ្ញុំជួល ឬបញ្ឈប់ការងារអ្នកផ្តល់សេវា ។

ជាបន្ថែមខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមតាមលក្ខខ័ណ្ឌ និង កំណត់ដែលទាក់ទង នឹងប្រាក់ បង់សេវា ដោយកម្មវិធី IHSS :

1. ដើម្បីឲ្យបានទទួលប្រាក់បង់ពីកម្មវិធី IHSS អ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់ ត្រូវតែ ទទួលការយល់ព្រមថាមាន លក្ខណសម្បត្តិជាអ្នកផ្តល់សេវា IHSS ។
2. បើសិនជាខ្ញុំជ្រើសរើសមនុស្សម្នាក់ឲ្យធ្វើការឲ្យខ្ញុំ ដែលគាត់ពុំទាន់បាន ទទួលការយល់ព្រម ថាមានលក្ខណសម្បត្តិជាអ្នកផ្តល់សេវា IHSS នៅឡើយទេនោះ ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវលើប្រាក់ បង់ឲ្យគាត់បើសិនជា គាត់/នាងពុំទាន់បានទទួលការយល់ព្រម ។

3. កម្មវិធី IHSS នឹងមិនបង់ថ្លៃសេវាដែលបានផ្តល់ឲ្យខ្ញុំ រហូតដល់ពេលដែលពាក្យសុំជំនួយ ផ្តល់សេវាដល់ខ្ញុំត្រូវបានគេយល់ព្រម និង បន្ទាប់មកកម្មវិធីនឹងបង់តែថ្លៃសេវាណាដែល អនុញ្ញាតដោយកម្មវិធី IHSS តែប៉ុណ្ណោះសំរាប់រូបខ្ញុំ ។
4. ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវ លើប្រាក់បង់ថ្លៃសេវាដែលខ្ញុំទទួល ដែលមិនមាននៅក្នុងការអនុញ្ញាតពីកម្មវិធី IHSS ។
5. ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុង ការបង់ថ្លៃឈ្នួលនៃថ្លៃជួយចេញថ្លៃពេទ្យចំណែកដែលត្រូវបង់ (SOC) របស់ខ្ញុំ នឹងជូនដំណឹង ទៅអ្នកដែលផ្តល់សេវាដល់ខ្ញុំអំពី SOC នោះ។

ខ្ញុំក៏យល់ និង យល់ព្រមធ្វើសហការតាមចំណុចខាងក្រោមនេះ ដែលជាចំណែកតម្រូវឲ្យមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយ IHSS:

ដើម្បីឲ្យមានភាពសុចរិតលើកម្មវិធី និងការធានាគុណភាព ខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវគេ មកជួបនៅផ្ទះដោយមិនបានប្រាប់ជាមុន ហើយខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវា ប្រហែលជាទទួលសំបុត្រជំរាប អំពីសេចក្តីតម្រូវនៃកម្មវិធីដែលពាក់ព័ន្ធ ពី ក្រសួងសុខាភិបាលនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (State Department of Health Care Services - DHCS) ក្រសួងសង្គមកិច្ចនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (California Department of Social Services - CDSS) និង/ឬ ខោនធីដែលខ្ញុំទទួលសេវា ។

គោលបំណងនៃការទៅជួបនៅផ្ទះ និង សំបុត្រនេះគឺដើម្បីឲ្យបានប្រាកដ ថាសេចក្តីតម្រូវនៃកម្មវិធីត្រូវបានធ្វើតាមហើយសេវាដែលអនុញ្ញាតគឺ ត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីឲ្យអ្នកអាចរស់ នៅសុខសាន្តនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ។ ការជួបនៅផ្ទះនេះក៏នឹងបញ្ជាក់ថាសេវាដែលអនុញ្ញាតត្រូវបានផ្តល់ជូន និងថាគុណភាពនៃសេវាទាំងនោះ គឺអាចទទួលយកបាន និងថាសុខុមាលភាព របស់អ្នកត្រូវបានការពារដោយសមរម្យ ។

បើសិនជាការជួបនៅផ្ទះនេះ រកឃើញថាសេវា IHSS មិនចាំបាច់ឲ្យមាន ឬមិនបានផ្តល់ជូនដោយសមរម្យអ្នក និង/ឬ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវមានការស៊ើបអង្កេតលើករណីបន្តិច កម្មវិធី Medi-Cal ។ បើសិនជា មានការចង្អុលបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ លើការបន្តិចនោះ អ្នក និង/ឬ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវនាំយកទៅកាត់ទោសលើបទបន្តិច Medi-Cal ។

ផ្នែកទី 10 – ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ:	ខែថ្ងៃឆ្នាំ:
ហត្ថលេខារបស់តំណាងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ: (បើសិនជាមានទាក់ទង តែប៉ុណ្ណោះ)	ខែថ្ងៃឆ្នាំ:

<p>ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកតំណាង និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ: (បើសិនជាមានទាក់ទង តែប៉ុណ្ណោះ)</p>	<p>លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកតំណាង: (បើសិនជាមានទាក់ទង តែប៉ុណ្ណោះ)</p>
<p>អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកតំណាង: (បើសិនជាមានទាក់ទង តែប៉ុណ្ណោះ)</p>	

ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការសង្ស័យថាមានការក្លែងបន្លំ ឬការរំលោភបំពាននៅក្នុង ការផ្តល់ ឬការទទួលបានសេវាពីកម្មវិធី IHSS សូមទូរស័ព្ទទៅលេខពិសេស 1-800-822-6222 អ៊ីម៉ែល stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov ឬទៅមើលនៅគេហទំព័រ

<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.

សម្រាប់ទីភ្នាក់ងារប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ

<p>Income Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Status Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Medi-Cal Aid Code:</p>
<p>MAGI Eligible Recipient: <input type="checkbox"/> Disabled 12 months or longer <input type="checkbox"/> At risk without IHSS</p>	<p>Verification:</p>	
<p>Notes:</p>		
<p>Signature of Social Worker or Agency Representative:</p>		<p>Telephone Number:</p>

លេខកូដជាតិពន្ធដើម:

- A. ជនជាតិស្បែកស
- B. ជនជាតិហ្វីលីពីន
- C. ជនជាតិអាហ្វ្រិកាំង
អាមេរិកាំង
- D. ជនជាតិអាស៊ីដទៃទៀត
ឬជនជាតិមកពីកោះមហា
សមុទ្រប៉ាស៊ីហ្វិក
- E. ជនជាតិអាមេរិកាំង-ឥណ្ឌា ឬ
ជនជាតិអាឡាស្កាន
- F. ជនជាតិហ្វ្រាំងកូន
- G. ជនជាតិចិន
- H. ជនជាតិខ្មែរ
- I. ជនជាតិជប៉ុន
- J. ជនជាតិកូរ៉េ
- K. ជនជាតិសាម៉ូន
- L. ជនជាតិឥណ្ឌាពីទ្វីបអាស៊ី
- M. ជនជាតិហាវៃ
- N. ជនជាតិក្វាម
- O. ជនជាតិលាវ
- P. ជនជាតិវៀតណាម
- Q. ជនជាតិដទៃផ្សេងទៀត
- R. ជនជាតិពន្ធចម្រុះ

លេខកូដភាសា:

- 1. ភាសាសញ្ញាអាមេរិកាំង
(AMISLAN ឬ ASL)
- 2. ភាសាស្បែក - NOA
នឹងបោះពុម្ព
ជាភាសាស្បែក
(អេស្ប៉ាញ៉ូល)
- 3. ភាសាចិនកន្តាំង
- 4. ភាសាជប៉ុន
- 5. ភាសាកូរ៉េ
- 6. ភាសាថាហ្គាឡូតូ (ហ្វ្រាំងកូន)
- 7. ភាសាដែលមិនមែនជាភាសា
អង់គ្លេសដទៃទៀត
- 8. ភាសាអង់គ្លេស
- 9. ភាសាស្បែកនិស្ស - NOA
នឹងបោះពុម្ព
ជាភាសាអង់គ្លេស
- 10. ភាសាសញ្ញាដទៃទៀត
- 11. ភាសាម៉ុងដារិន
- 12. ភាសាចិនដទៃទៀត
- 13. ភាសាខ្មែរ
- 14. ភាសាអាយឺនៀន
- 15. ភាសាអ៊ីឡូកាណានៃកោះ
ហ្វ្រាំងកូនខាងជើង (Ilocano)
- 16. ភាសាម៉ុង
- 17. ភាសាម៉ុង
- 18. ភាសាលាវ

- 19. ភាសាទ័រតី
- 20. ភាសាហ៊ីប្រើរ (អ៊ីស្រាអែល)
- 21. ភាសាបារាំង
- 22. ភាសាប៉ូឡូញ
- 23. ភាសារុស្ស៊ី
- 24. ភាសាព័រទុហ្គាល
- 25. ភាសាអ៊ីតាលី
- 26. ភាសាអារ៉ាប៊ីក
- 27. ភាសាសាម៉ូន
- 28. ភាសាថៃ
- 29. ភាសាហ្វាស៊ី (អៀរ៉ង)
- 30. ភាសាវៀតណាម