

សំណើសម្រាប់ការបង្គាប់បញ្ជា និងការយល់ ព្រមអនុញ្ញាត - សេវាកម្មសម្រាប់ជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិត

ឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ
លេខអត្តសញ្ញាណ មេឌីកាល់ (MEDI-CAL)

ជូនចំពោះ:

--	--

សូមជំរាបមកដល់វេជ្ជបណ្ឌិត៖

អ្នកជំងឺនេះបានដាក់ពាក្យស្នើសុំសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ហើយបានបញ្ជាក់ប្រាប់ថា គាត់/នាងត្រូវការសេវាកម្មសម្រាប់ជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិតមួយចំនួនដើម្បីអាចឱ្យគាត់/នាងនៅក្នុងផ្ទះបាន។ អ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបញ្ជាក់នៅលើសំណើនេះថា តើសេវាកម្មជាក់លាក់ណាមួយដែលត្រូវការ និងស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់ណាមួយដែលបណ្តាលឱ្យអ្នកត្រូវការសេវាកម្ម។

សេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ត្រូវបានអនុញ្ញាតដើម្បីផ្តល់មូលនិធិក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មសម្រាប់ជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិត ប្រសិនបើអ្នកបង្គាប់បញ្ជាឱ្យផ្តល់សេវាកម្មទាំងនោះដល់អ្នកជំងឺនេះ។ សម្រាប់គោលបំណងនៃកម្មវិធីនេះ សេវាកម្មសម្រាប់ជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិតគឺជាសកម្មភាពដែលដោយសារស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកទទួលជំនួយ គឺចាំបាច់ដើម្បីថែទាំសុខភាពអ្នកទទួលជំនួយ ហើយដែលអ្នកទទួលជំនួយអាចនឹងធ្វើដោយខ្លួនឯងបាន ប្រសិនបើ គាត់/នាងមិនមានពិការភាពដែលមិនអាចធ្វើបាន។ សេវាកម្មទាំងនេះនឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ដែលមិនមានអាជ្ញាប័ណ្ណដើម្បីបំពេញមុខងារជាអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈខាងថែទាំសុខភាព ហើយកម្រិតទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាស់។ ប្រសិនបើអ្នកបង្គាប់បញ្ជាសេវាកម្មអ្នកនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវក្នុងការដឹកនាំការផ្តល់សេវាកម្មសម្រាប់ជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិត។

ការពិនិត្យរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកជំងឺនេះអាចត្រូវបានសងប្រាក់មកវិញបានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ដូចជាទស្សនៈកិច្ចជាផ្លូវការ ដោយហេតុផលថា តម្រូវការសំរាប់កម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងៗទៀតទាំងអស់អាចត្រូវបានអនុវត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទាក់ទងមកខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា	មុខងារ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
----------	--------	-------------	-------------

ត្រូវបំពេញដោយវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ

ឈ្មោះវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ	ទូរស័ព្ទការិយាល័យ
----------------------------------	-------------------

អាសយដ្ឋានការិយាល័យ (ប្រសិនបើមិនមានរាយឈ្មោះខាងលើ)

ប្រភេទនៃមុខងារ

ប្រភេទនៃមុខងារ

គ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យវះកាត់
 គ្រូពេទ្យឯកទេសខាងគ្រិចជើង
 ពេទ្យធ្មេញ

បន្តទៅខាងក្រោយ

សូមផ្ញើត្រឡប់ទៅ៖ (ក្រសួងវេជ្ជសាស្ត្រនៃខោនធី) វិញ

--	--

តើអ្នកជំងឺមានស្ថានភាពសុខភាពដែលបណ្តាលឲ្យត្រូវការសេវាកម្មសម្រាប់ជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិតនៃ IHSS ដែរឬទេ?
បើបាទ/ចា៖ សូមរាយបញ្ជីស្ថានភាពសុខភាពខាងក្រោម៖

បាទ/ចា៖ ទេ

សូមរាយបញ្ជីនូវសេវាកម្មសម្រាប់ជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលត្រូវការ ហើយគួរតែត្រូវបានផ្តល់ដោយ IHSS នៅក្នុងការវិនិច្ឆ័យតាមចំណេះដឹងខាងវិជ្ជាជីវៈរបស់អ្នក។

ប្រភេទនៃសេវា	ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីបំពេញសេវាកម្ម នៅក្នុងពេលអនុវត្ត	ភាពញឹកញាប់*		សេវាកម្មនេះត្រូវមានរយៈពេលប៉ុន្មានដែលត្រូវបានផ្តល់ជូន?
		ចំនួនប៉ុន្មានដង	អំឡុងពេល	

* សូមបញ្ជាក់នូវចំនួនប៉ុន្មានដងដែលសេវាកម្មត្រូវតែត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់រយៈពេលជាក់លាក់មួយ៖ (ឧទាហរណ៍៖ ពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ។ល។)

យោបល់បន្ថែម៖

សូមគូសប្រអប់នេះ បើមានយោបល់បន្ថែមដែលបន្តលើសន្លឹកក្រដាសមួយទៀត។

ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំមានអាជ្ញាប័ណ្ណដើម្បីបំពេញមុខងារជាអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈខាងថែទាំសុខភាពនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដូចដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ ហើយថាការបង្គាប់បញ្ជានេះស្ថិតក្នុងវិសាលភាពនៃការបំពេញមុខងារវិជ្ជាជីវៈរបស់ខ្ញុំ។ នៅក្នុងការវិនិច្ឆ័យរបស់ខ្ញុំ សេវាដែលខ្ញុំបានបង្គាប់បញ្ជាគឺចាំបាច់ដើម្បីថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលជំនួយ ហើយអាចត្រូវបានអនុវត្តដោយអ្នកទទួលជំនួយដោយខ្លួនឯងប្រសិនបើគាត់/នាងមិនមានពិការភាពដែលមិនអាចធ្វើបាន។

ខ្ញុំនឹងផ្តល់ការណែនាំតាមតម្រូវការ តាមការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំ ក្នុងការផ្តល់សេវាតាមការបង្គាប់បញ្ជា។

ខ្ញុំបានជូនដំណឹងដល់អ្នកទទួលជំនួយអំពីហានិភ័យដែលទាក់ទងនឹងការផ្តល់សេវាដែលបានបង្គាប់បញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវា IHSS របស់គាត់/នាង។

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺបន្ទាប់ពីជ្រាបព័ត៌មានសព្វគ្រប់

ខ្ញុំត្រូវបានគេណែនាំអំពីហានិភ័យដែលទាក់ទងនឹងការផ្តល់សេវាដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ និងយល់ព្រមអនុញ្ញាតក្នុងការផ្តល់សេវាទាំងនេះដោយអ្នកផ្តល់សេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) របស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ