

**សំណើសុំបុគ្គលិកការថែទាំសុខភាពនៃ  
កម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS)**

**A. ព័ត៌មានអំពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលជំនួយ (ត្រូវតែបំពេញដោយខោនធី)**

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលជំនួយ:	ថ្ងៃកំណើត:
អាសយដ្ឋាន:	
ខោនធីដែលរស់នៅ:	លេខសំណុំរៀងរបស់បុគ្គលិក IHSS:
ឈ្មោះបុគ្គលិក IHSS:	
លេខទូរស័ព្ទរបស់បុគ្គលិក IHSS:	លេខទូរសាររបស់បុគ្គលិក IHSS:

**B. ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាព (ត្រូវតែបំពេញដោយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលជំនួយ)**

ខ្ញុំ, \_\_\_\_\_, អនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននៃការថែទាំសុខភាពដែលទាក់ទងនឹង  
(សរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព)  
ស្ថានភាពផ្លូវកាយ និង/ឬ ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ ឱ្យទៅកម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ ពីព្រោះ វាមានទាក់ទងទៅនឹងសេចក្តីត្រូវការរបស់  
ខ្ញុំ សំរាប់សេវាអំពីហិរញ្ញវត្ថុ/និង សេវាការមើលថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន។

បាត់លេខ: \_\_\_\_\_ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលជំនួយ ឬ អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/អ្នកអភិរក្ស)

អ្នកធ្វើសាក្សី (បើ មនុស្សនេះចុះបាត់លេខជាមួយនឹងគំនូស "X"): \_\_\_\_\_ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
!!!!!!

**ជូនមកដល់: អ្នកផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ\* -**

មនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើនេះបានដាក់ពាក្យសុំ ឬនៅពេលថ្មីៗនេះ កំពុងតែទទួលសេវាកម្មពីកម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ។ ច្បាប់រដ្ឋ  
តម្រូវឱ្យ ដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាតពីសេវា IHSS ឬ ទទួលជំនួយជាបន្ត អ្នកផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ត្រូវតែផ្តល់សំបុត្របញ្ជាក់  
ការថែទាំសុខភាពដែលបញ្ជាក់ថា មនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើនេះ មិនអាចធ្វើសកម្មភាពទាក់ទងនឹងការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃមួយចំនួន ដោយខ្លួនឯង  
ផ្ទាល់បានទេ ហើយដែលថា ដោយគ្មានជំនួយពីកម្មវិធី IHSS មនុស្សនេះប្រឈមមុខនឹងការយកទៅដាក់ក្នុងមន្ទីរមើលថែទាំ ក្រៅគេហដ្ឋាន។ សំណើ  
សំបុត្របញ្ជាក់ការថែទាំសុខភាពនេះ ត្រូវតែបំពេញឱ្យបានសព្វគ្រប់ និង ផ្ញើបញ្ជូនទៅឱ្យបុគ្គលិក IHSS ដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើនេះ។ បុគ្គលិក IHSS  
នឹងប្រើព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យនេះ ដើម្បីធ្វើការប៉ាន់ស្មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់មនុស្សនេះក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន និង សេចក្តីត្រូវការរបស់គាត់/នាងសំ  
រាប់ការមើលថែទាំ ក្រៅគេហដ្ឋាន បើសិនជា សេវាកម្មតាមរយៈ IHSS មិនបានផ្តល់ឱ្យទេ។ បុគ្គលិក IHSS មានភារៈកិច្ចសំរាប់សេវាអនុញ្ញាត និង ចំនួន  
ម៉ោងដែលត្រូវអនុញ្ញាតឱ្យ។ ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យលើសំណើនេះ នឹងត្រូវចាត់ទុកជាកត្តាដ៏ចាំបាច់មួយសំរាប់សេវាការថែទាំសុខភាព ហើយ ឯកសារ  
ដែលមានជាប់ទាក់ទងទាំងអស់ នឹងត្រូវគេយកមកពិនិត្យដើម្បីធ្វើការសម្រេចអំពីលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយ IHSS ។

IHSS គឺជាកម្មវិធីមួយដែលផ្តើមឡើងក្នុងគោលបំណងជួយដល់មនុស្សចាស់ មនុស្សពិការភ្នែក និង មនុស្សពិការដែលប្រឈមមុខច្រើនជាងគេនឹងការយក  
ទៅដាក់ក្នុងមន្ទីរមើលថែទាំ ក្រៅគេហដ្ឋាន ដើម្បីឱ្យគេរស់នៅដោយមានសុវត្ថិភាពក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គេ ដោយការផ្តល់សេវាទាក់ទងទៅនឹងអំពើហិង្សា/  
និង សេវាការមើលថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន។ សេវា IHSS ទាំងអស់មានរួមទាំង: ការរៀបចំផ្ទះ ការដាំស្ករម្ហូបអាហារ ការសំអាតក្រោយពេលទទួលបានអាហារ ការ  
បោកអ៊ុតតាមធម្មតា ការដើរទិញម្ហូបអាហារ ឬ កិច្ចការចាំបាច់ដទៃទៀត ជំនួយជាមួយនឹងប្រដាប់ដកដង្ហើម ការថែទាំផ្នែកការ បត់ជើងធំ និង បត់ជើងតូច  
ការបញ្ជាក់បាយ ការងូតទឹកឱ្យអ្នកដែលដេកលើគ្រែជាប់ ការស្លៀកពាក់ ការថែទាំពេលមានរដូវ ជំនួយក្នុងការបាត់ដើរ ការជួយក្នុងការដាក់ចូល និង លើក  
ចេញពីគ្រែ ការងូតទឹក និង សំអាតសំអាងកាយ ការរឹតស្បែក និង តំរង់ខ្លួនជួយឱ្យអង្គុយ ការថែទាំ/ជំនួយផ្នែកអរម័យ:សិប្បនិម្មិត ការទៅជាមួយនៅពេលមាន  
ការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យ/ជំនួយតាមផ្លូវផ្សេងៗទៀត ការសំអាតជុំវិញទីធ្លាធ្វើឱ្យលែងមានគ្រោះថ្នាក់ ការសំអាតយ៉ាងសកម្ម ការជួយគ្រប់គ្រងការពារ  
(ត្រួតពិនិត្យមើលនូវឥរិយាបថនៃអ្នកដែលមិនអាចបញ្ជាខ្លួនឯងបាន ឡើងស្មារតី ផ្លូវចិត្តអន់ខ្សោយ ឬអ្នកដែលមានជំងឺខាងផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ ហើយធ្វើអន្តរាគមន៍  
ដែលជាការសមស្រប ដើម្បីការពារអ្នកទទួលការថែទាំសុខភាពកុំឱ្យរងរបួស គ្រោះថ្នាក់ ឬឧបទ្វីហេតុ) ហើយនឹងជំនួយដែលទាក់ទងនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត (កិច្ចការ  
ទាំងនេះ តម្រូវលើសុភវិនិច្ឆ័យយោងទៅលើការហ្វឹកហ្វឺនដែលបានផ្តល់ ដោយអ្នកផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ដូចជាការជួយឱ្យដឹកថ្នាំ  
ពេទ្យ ការជួយចាក់ថ្នាំចូលទៅក្នុងសាច់ ។ល។ ជាដើម ដែលតាមធម្មតា មនុស្សនេះ អាចធ្វើចំពោះខ្លួន គាត់/ខ្លួននាងបាន បើ គាត់/នាងមិនត្រូវគេកំណត់លើ  
កិច្ចការទាំងនេះទេ ហើយដែល ដោយសារស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយ ឬ ផ្លូវចិត្តរបស់ គាត់/នាង គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីការថែទាំសុខភាពរបស់ គាត់/នាង)។  
កម្មវិធី IHSS ផ្តល់ការបង្ហាត់បង្រៀនដោយផ្ទាល់ដៃ និង/ឬ ផ្តល់ជំនួយផ្ទាល់មាត់ (ការវិញ្ញត្តិ ឬការរៀន) សំរាប់សេវាដែលមានចុះនៅខាងលើទាំងអស់នេះ។

\*អ្នកផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ មានន័យថា ជាមនុស្សម្នាក់ដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណនៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាតាមរយៈអង្គការត្រួតពិនិត្យ ដែលសមស្របទៅ  
តាមច្បាប់នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ដែលធ្វើកិច្ចការនៅក្នុងកំរិតវិជ្ជាសាស្ត្រអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់គាត់ ឬរបស់នាង ដូចជាកំណត់យ៉ាងច្បាស់នៅក្នុងច្បាប់ផ្នែកពាណិជ្ជកម្ម និង វិជ្ជាជីវៈ។ អ្នក  
ផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពទាំងអស់ មានរួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកំណត់ទៅលើ: វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកជំនួយគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យ ពិនិត្យជម្ងឺផ្ទាល់ខ្លួនក្នុងមណ្ឌលព្យាបាលរោគគំប៉ន ឬ មេក្រម  
គ្រូពេទ្យពិនិត្យជម្ងឺផ្ទាល់ អ្នកព្យាបាលរោគទាក់ទងនឹងការងារ អ្នកព្យាបាលផ្នែករាងកាយ គ្រូពេទ្យផ្នែកសតិ ចិត្តបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យពិនិត្យភ្នែក គ្រូពេទ្យព្យាបាលរោគភ្នែក និង គីលា  
នុបង្ហាត់ផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ។

# សំណើសុំប្រើប្រាស់ការថែទាំសុខភាពនៃកម្មវិធីសេវាការថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS)

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលជំនួយ:	លេខសំណុំរៀង IHSS:
--------------------------------------	-------------------

## C. ព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាព (ត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ តែប៉ុណ្ណោះ)

**កំណត់ចំណាំ: សំណួរទី 1 និង ទី 2 (ហើយនឹងទី 3 និង ទី 4, បើសិនជា មានទាក់ទង) ត្រូវតែបំពេញ ដែលជាលក្ខខណ្ឌ នៃការមានសិទ្ធិទទួលជំនួយពីកម្មវិធី IHSS ។**

1. តើមនុស្សនេះមិនអាចធ្វើសកម្មភាពទាក់ទងនឹងការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ មួយផ្នែក ឬមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍ ការបញ្ជាក់បាយ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការប្រើប្រាស់បន្ទប់ទឹក ការដើរ ។ល។) ឬ កិច្ចការដែលជួយទ្រទ្រង់សុខភាព នៅក្នុងការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ឧទាហរណ៍ ការរៀបចំផ្ទះ ការដាំស្លែ ឬការរៀបចំអាហារ ការទិញម្ហូបអាហារ ។ល។) ដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់បាន ទេឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា: <input type="checkbox"/> ទេ
2. តាមយោបល់របស់អ្នក តើសេវា IHSS មួយ ឬមួយចំនួន ដែលអ្នកឱ្យសេចក្តីយល់ព្រម ដើម្បីបង្ការសេចក្តីត្រូវការសំរាប់ការទៅនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ក្រៅគេហដ្ឋាន (សូមមើលការរៀបរាប់អំពីសេវា IHSS ទាំងអស់ដែលមាននៅទំព័រទី 1)?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា: <input type="checkbox"/> ទេ
<p>បើអ្នកឆ្លើយថា "ទេ" ទៅនឹងសំណួរទី 1 ឬ ទី 2, សូមរំលងទៅសំណួរទី 3 និង ទី 4 ខាងក្រោមនេះ ហើយ បំពេញព័ត៌មានដែលមាននៅសល់លើសំណើនេះ រួមទាំងសេចក្តីថ្លែងបញ្ជាក់នៅផ្នែក D ខាងក្រោមនេះ។</p> <p>បើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចា:" ទៅនឹងទាំងពីរសំណួរទី 1 និង ទី 2, សូមឆ្លើយនឹងសំណួរទី 3 និង ទី 4 ខាងក្រោមនេះ, ហើយ បំពេញសេចក្តីថ្លែងបញ្ជាក់នៅផ្នែក D ខាងក្រោមនេះ។</p>	
3. សូមផ្តល់សេចក្តីរៀបរាប់អំពីស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយ និង/ឬ ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬ ការកំណត់ធ្វើកិច្ចការណា ដែលជាហេតុបណ្តាលឱ្យ ឬ នាំមកនូវសេចក្តីត្រូវការចាំបាច់របស់មនុស្សនេះ សំរាប់ជំនួយពីកម្មវិធី IHSS:	
4. តើស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយ ឬ ការកំណត់ធ្វើកិច្ចការរបស់មនុស្សនេះ សង្ឃឹមថានឹងបានជាសះស្បើយក្នុងរយៈពេលយ៉ាងតិចណាស់ 12 ខែជាបន្តបន្ទាប់ ឬ ត្រូវបានគេគិតទុកជាមុនជាលទ្ធផលថាត្រូវស្លាប់ក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចា: <input type="checkbox"/> ទេ

សូមបំពេញសំណួរទី 5 - 8, ទៅតាមកំរិតដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ដើម្បីផ្តល់ជាជំនួយបន្ថែមសំរាប់ឱ្យបុគ្គលិក IHSS ធ្វើការសម្រេចលើលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយរបស់មនុស្សនេះ។

5. សូមរៀបរាប់អំពីប្រភេទនៃសេវាការថែទាំសុខភាព ដែលអ្នកផ្តល់ទៅឱ្យមនុស្សនេះ (ឧទាហរណ៍ ការព្យាបាលតាមវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំខ្លួនប្រាណ ការរៀបចំគម្រោងដើម្បីឱ្យអ្នកជម្ងឺចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ។ល។):
6. តើអ្នកបានផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពដល់មនុស្សនេះ អស់រយៈពេលប៉ុន្មានដែរ?
7. សូមរៀបរាប់អំពីភាពញឹកញាប់ដែលអ្នកធ្វើការទាក់ទងជាមួយមនុស្សនេះ (ឧទាហរណ៍ មួយខែម្តង មួយឆ្នាំម្តង ។ល។):
8. សូមបញ្ជាក់ថ្ងៃចុងក្រោយដែលអ្នកបានផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពដល់មនុស្សនេះ: ____/____/____

**កំណត់ចំណាំ: បុគ្គលិក IHSS ប្រហែលជាធ្វើការទាក់ទងទៅអ្នកសំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត ឬ ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីចម្លើយទាំង អស់ដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យគេនៅខាងលើនេះ ។**

## D. សេចក្តីថ្លែងបញ្ជាក់ពីអ្នកផ្តល់សេវាការថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ

ដោយការចុះហត្ថលេខាលើសំណើនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំមានអាជ្ញាប័ណ្ណនៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ហើយ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅខាងលើនេះ គឺត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដ។

ឈ្មោះ:	មុខងារ:
អាសយដ្ឋាន:	
លេខទូរស័ព្ទ:	លេខទូរសារ:
ហត្ថលេខា:	ខែថ្ងៃឆ្នាំ:
លេខអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ:	អាជ្ញាធរផ្នែកអាជ្ញាប័ណ្ណ:

**សូមមើលព័ត៌មានបន្ថែមប្រកាសច្បាប់ចំណាត់ការនេះនៅបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចដែលមានឈ្មោះចុះនៅទំព័រទី 1 ។**