កម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS)
ផែនការបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល និង ការប៉ាន់ប្រមាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមាន

ផ្នែកទី 1 – ព័ត៌មានរបស់អ្នកទទួលជំនួយ

ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ:	លេខសំណុំរឿង:

ផែនការបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល

ផ្នែកទី 2 – ទំនាក់ទំនងសម្រាប់ជួយនៅពេលត្រូវការ

បើសិនជា អ្នកត្រូវការជំនួយដែលមិន-បន្ទាន់, និង/ឬ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៃកម្មវិធី IHSS របស់អ្នកមិនបានមកដល់តាមពេលកំណត់, សូមទូរស័ព្ទទៅ:

	ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
សមាជិកគ្រួសារ:		
មិត្តភ័ក្ត្រ/អ្នកជិតខាង:		
បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខោនធី:		
ការិយាល័យសង្គមកិច្ចនៃ IHSS ខោនធី:		
អាជ្ញាធរសាធារ::		
ដទៃទៀត:		
លេខសំខាន់ៗដទៃទៀតដែលមានផ្តល់ជូនអ្នកខាងក្រោមនេះ, បើសិនជាត្រូវការ:		
ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត:		
ក្រុមគាំទ្រមូលហេតុ:		
ក្រសួងស្នងការប៉ូលីស:		
ក្រសួងពន្លត់អគ្គីភ័យ:		
ដទៃទៀត:		

បើសិនជាអ្នកត្រូវការ រាយការណ៍អំពីការរំលោភធ្វើបាប, ការគៃបន្ទំ និង/ឬការមិនយកចិត្តទុកដាក់មើលថែទាំ, សូមទូរស័ព្ទទៅលេខខាងក្រោមនេះ:

សេវាកិច្ច ការពារមនុស្សចាស់:	
សេវាកិច្ច ការពារកូនក្មេង:	
លេខពិសេសសម្រាប់ប្រភពជំនួយសម្រាប់អ្នកមានភាពអន់ខ្សោយក្នុងការស្តាប់ ឬថ្លង់:	**(916) 558-5670**
លេខពិសេសសម្រាប់រាយការណ៍ការរំលោភធ្វើបាបមនុស្សចាស់ និង ការគៃបន្ទំ:	**(800) 722-0432**
លេខពិសេសសម្រាប់ការគៃបន្ទំលើកម្មវិធី Medi-Cal:	**(800) 822-6222**
លេខពិសេសសម្រាប់ការគៃបន្ទំប្រាក់នៃរដ្ឋបាលក្រសួងសុវត្ថិភាពសាធារណៈ:	**(800) 269-0271**

បើសិនជា អ្នកមានការជួយសង្គ្រោះបន្ទាន់ឬមានអាសន្ន, សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ: 911
ការសង្គ្រោះបន្ទាន់គឺភាពមានគ្រោះថ្នាក់ភ្លាមៗ ដល់សុខភាព,
សុខុមាលភាព និង/ឬ សុវត្ថិភាពរបស់អ្នក។

ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ:	លេខសំណុំរឿង:

ការប៉ាន់ប្រមាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមាន

ផ្នែកទី 3 – ការប៉ាន់ប្រមាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមានទូទៅ

A. ការប៉ាន់ប្រមាណនៃកម្មវិធី IHSS

ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការនៃការប៉ាន់ប្រមាណនៃកម្មវិធី IHSS នេះ, អ្នក និងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នក បានកំណត់អត្តសញ្ញាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមាន ដោយយោងទៅលើការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងការថែទាំក្នុងផ្ទះទាំងនោះ ហើយនឹងសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលទាក់ទង ដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវការជំនួយ។ ជំនួយនោះប្រហែលជាត្រូវបានកំណត់តាមរយៈកម្មវិធី IHSS ឬ ជាមួយនឹងសេវាកម្មតាមផ្លូវការ ឬ ក្រៅផ្លូវការផ្សេងទៀត។

B. ផ្នែកគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមានបន្ថែមទៀត

ខាងក្រោមនេះគឺជាផ្នែកគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមានបន្ថែមទៀតដែលអ្នក និង បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នកបានពិគ្រោះពិភាក្សាដែលប្រហែលជានៅក្រៅរង្វង់បញ្ហាវិសាលភាពនៃកម្មវិធី IHSS (សូមគូសអ្វីៗទាំងអស់ដែលទាក់ទងខាងក្រោមនេះ):

	សម្តែងមតិ
B1.ការរៀបចំការរស់នៅ ☐ រស់នៅជាមួយអ្នកដទៃ ដែលអាចជួយបាន ☐ រស់នៅតែម្នាក់ឯង, សាច់ញាតិ/មិត្តភ័ក្ត្ររស់នៅជិតៗនេះ ដែលអាចជួយបាន ☐ រស់នៅតែម្នាក់ឯង, គ្មានសាច់ញាតិ/មិត្តភ័ក្ត្រនៅជិតៗនេះ	
B2.កត្តានៃការជម្លៀសចេញ/កត្តាដែលទាក់ទងនឹងបរិស្ថាន ☐ អាចជម្លៀសចេញបានដោយខ្លួនឯង ដោយមិនពឹងពាក់គេ ☐ អាចជម្លៀសចេញបាន, ប៉ុន្តែ ទាល់តែមានការមើលខុសត្រូវពីគេ/សេចក្តីណែនាំដោយពាក្យសម្តី ☐ ត្រូវការជំនួយផ្នែកកាយវប្បកម្ម ដើម្បីជំលៀសចេញពីផ្ទះក្នុងពេលអាសន្ន ☐ អាចយកម្ហូបអាហារ/ទឹកមកញ៉ាំបានដោយខ្លួនឯង ដោយមិនពឹងពាក់គេ ☐ ដឹងលេខទូរស័ព្ទពេលមានអាសន្ន ឬវិបត្តិ/លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងនានា ☐ អាចបើកភ្លើង, ម៉ាស៊ីនកម្តៅ, ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ឬទឹកភ្លើងហ្គាសផ្សេងៗទៀតបាន	
B3.ការប្រាស្រ័យទាក់ទង ☐ ប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយគេដោយគ្មានបញ្ហា ☐ ភាពអន់ខ្សោយក្នុងការស្តាប់ (ធ្ងន់ត្រចៀក), ការប្រាស្រ័យទាក់ទងមានកំណត់ ☐ ភាពអន់ខ្សោយក្នុងការនិយាយ, ការប្រាស្រ័យទាក់ទងមានកំណត់ ☐ អាចនិយាយ ឬស្តាប់សំឡេង ដោយប្រើឧបករណ៍ជំនួយការ ឧបករណ៍ជំនួយការ: _____ ☐ អាចហៅទូរស័ព្ទចេញ និង ទទួលទូរស័ព្ទបានដោយខ្លួនឯង ដោយមិនពឹងពាក់គេ ☐ អាចប្រើទូរស័ព្ទ ដែលមានឧបករណ៍ជំនួយការ តែប៉ុណ្ណោះ ឧបករណ៍ជំនួយការ: _____	

ផ្នែកទី 4 – ការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយ

ក្នុងការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយ, ដូចជា ភាពអាសន្ននៃអាកាសធាតុ ត្រជាក់និងក្តៅ, ភ្លើងឆេះ, ទឹកជំនន់, និង រញ្ជួយដី, អ្នក និងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នក ត្រូវពិភាក្សាគ្នាខាងក្រោមនេះ:

- សេចក្តីត្រូវការលើមើលការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដែលនឹងត្រូវបានចុះរាយនៅក្នុងគម្រោងការប៉ាន់ប្រមាណអំពីការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយរបស់ខោនធី (បើសិនជាត្រូវបានអនុវត្តន៍ដោយខោនធីរបស់អ្នក)។

ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ:	លេខសំណុំរឿង:

កិច្ចព្រមព្រៀង និង ការចុះហត្ថលេខា

ផ្នែកទី 5 – កិច្ចព្រមព្រៀង និង ចុះហត្ថលេខា

ដោយការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម, អ្នក, បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នក, និង មនុស្សដទៃផ្សេងទៀតដែលអ្នកបានជ្រើសយកមកទំនាក់ទំនងក្នុងដំណើរការនេះ, គឺបានបញ្ជាក់បន្ថែមថាអ្នកបានពិភាក្សាគ្នា និង យល់ព្រមនឹងព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងផែនការបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល និង ការប៉ាន់ប្រមាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមាននេះ រួចហើយ។

អ្នកទទួលជំនួយ

ហត្ថលេខា:_____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ:_____

បុគ្គលិកខោនធី

ហត្ថលេខា:_____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ:_____

សរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងមុខងារ:_____

អ្នកតំណាងពេញច្បាប់

ហត្ថលេខា:_____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ:_____

សរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងទំនាក់ទំនងត្រូវជាអ្វី:_____

មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត

ហត្ថលេខា:_____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ:_____

សរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងទំនាក់ទំនងត្រូវជាអ្វី:_____

ប្រសិនបើ មិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងផែនការបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល និងការប៉ាន់ប្រមាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមានកើតឡើង តាំងពីឆ្នាំមុនទេនោះ, អ្នកទទួលជំនួយ/បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចអាចចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ ដើម្បីបញ្ជាក់បន្ថែមថាមិនមានការផ្លាស់ប្តូរទេ។

អ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកតំណាងពេញច្បាប់

ហត្ថលេខា:_____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ:_____

បុគ្គលិកខោនធី

ហត្ថលេខា:_____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ:_____

សរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងមុខងារ: _____

កម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS)
ផែនការបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល និង ការប៉ាន់ប្រមាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមាន

ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ:	លេខសំណុំរឿង:

ការណែនាំបង្ហាញ

សូមប្រើសំណៅនេះដើម្បីធ្វើកិច្ចការជាមួយនឹងអ្នកទទួលជំនួយ ដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យគាត់/នាងនូវឯករាជ្យភាពនិងជម្រើសលើការសម្រេចចិត្តដែលទាក់ទងនឹងផែនការបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល និងការប៉ាន់ប្រមាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមានរបស់គាត់។

សូមធ្វើឲ្យប្រាកដថា ការពិភាក្សា និងការចរចារគ្នានេះបានកើតឡើងរវាងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច, អ្នកទទួលជំនួយ, និង មនុស្សដទៃៗទៀតណាមួយដែលអ្នកទទួលជំនួយចង់មានទំនាក់ទំនងជាមួយ នៅពេលដែលបានធ្វើកិច្ចការតាមរយៈដំណើរការនេះ។ **ក្រោយពីបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់, សូមផ្តល់ទំព័រចម្លងនៃផែនការបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល និងការប៉ាន់ប្រមាណអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមានមួយច្បាប់ ជូនទៅអ្នកទទួលជំនួយនោះ។ សំណៅចម្លងច្បាប់ដើមនឹងត្រូវបានរក្សាទុកក្នុងបញ្ជីសំណុំរឿងរបស់អ្នកទទួលជំនួយ។ បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចគួរតែជំរុញទឹកចិត្តអ្នកទទួលជំនួយឲ្យដាក់ឬបិទទំព័រទី 1 នៅលើកន្លែងដែលងាយស្រួលនឹងអាចរកឬប្រើបាន។**

ផ្នែកទី 1: សូមបំពេញឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ, និងលេខសំណុំរឿង។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវការដើម្បីដាក់បញ្ចូលក្នុងទំព័រនីមួយៗ រហូតដល់ CMIPS II អាចពេញ-ដោយខ្លួនឯង។

ផ្នែកទី 2: ឆ្លងកាត់ការពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកដទៃផ្សេងទៀតដែលទំនាក់ទំនងក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការនេះរួច, សូមបំពេញផ្នែកនៃការជ្រើសរើស និងការចូលចិត្តរបស់អ្នកទទួលជំនួយអំពីទំនាក់ទំនងបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល, ដូចជាលេខទូរស័ព្ទសំខាន់ៗ ដទៃទៀតផងដែរ, បើសិនជាត្រូវការចាំបាច់។ សូមពិភាក្សាអំពីការរំលោភធ្វើបាប, ការគៃបន្លំ និងការមិនយកចិត្តទុកដាក់មើលថែទាំជាមួយនឹងអ្នកទទួលជំនួយ, ពិភាក្សាអំពីដំណើរការនៃការរាយការណ៍អំពីការរំលោភធ្វើបាប, ការគៃបន្លំ និងការមិនយកចិត្តទុកដាក់មើលថែទាំ, និង រួមទាំងលេខទូរស័ព្ទ APS/CPS ក្នុងស្រុក នៅក្នុងតំបន់របស់គាត់។ សូមពង្រឹងស្មារតីអ្នកទទួលជំនួយឲ្យទូរស័ព្ទទៅលេខ 911 បើសិនជា គាត់/នាងមានអាសន្ន។

ផ្នែកទី 3A: បើសិនជាជំនួយនឹងត្រូវបានកំណត់តាមរយៈសេវាកម្មផ្លូវការ ឬក្រៅផ្លូវការផ្សេងទៀតនោះ, សូមបំពេញសំណៅ SOC 450, សេចក្តីថ្លែងបញ្ជាក់អំពីសេវាកម្មដោយស្ម័គ្រចិត្ត, តាមតម្រូវការ។ គ្រោះថ្នាក់ដែលបង្ហាញឲ្យឃើញ ប្រហែលជាអាចត្រូវបានធ្វើឲ្យធូរស្រាលតាមរយៈការអនុញ្ញាតឲ្យនូវចំនួនម៉ោង ដែលមាននៅក្នុងគម្រោងសេវាកម្មនេះ។ បើសិនជា អ្នកទទួលជំនួយនោះបដិសេធមិនទទួលសេវាកម្មណាមួយ, សូមកត់ត្រាឲ្យបានច្បាស់អំពីសេវាកម្មដែលបានបដិសេធ និងបង្ហាញអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមាន, ហើយនឹងថា អ្នកទទួលជំនួយនោះជ្រើសយកក្នុងការទទួលបន្ទុកគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមាន ដែលទាក់ទងនឹងការមិនទទួលសេវាកម្មនេះ។

ផ្នែកទី 3B: ម្យ៉ាងទៀត, សូមពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកទទួលជំនួយអំពីផ្នែកគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចនឹងមានបន្ថែមទៀត ដែលអាចត្រូវបានធ្វើឲ្យធូរស្រាល ឬធ្វើឲ្យបានប្រសើរឡើង ដោយការពិភាក្សាគ្នា និងការរៀបចំផែនការ (ផែនការបម្រុងទុកសម្រាប់ជួយបុគ្គល)។

ផ្នែកទី 4: សូមពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់ពេលមានគ្រោះមហន្តរាយជាមួយនឹងអ្នកទទួលជំនួយ/មនុស្សដទៃៗទៀត ដែលទំនាក់ទំនងក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការនេះ។ រួមមានទាំងការពិភាក្សាអំពីសេចក្តីត្រូវការលើការមើលថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គល ដែលប្រហែលជាត្រូវដោះស្រាយដោយរបៀបណា ប្រសិនបើ គ្រោះមហន្តរាយកើតឡើង។

ផ្នែកទី 5: ដោយមានការចូលរួមរបស់អ្នកទទួលជំនួយ/មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត, សូមពិនិត្យឡើងវិញគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យបានច្បាស់ថា ផ្នែកនីមួយៗត្រូវបានពិភាក្សាគ្នា ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការនេះ។ សូមធ្វើឲ្យប្រាកដថាមនុស្សដែលសមស្របទាំងអស់ ចុះហត្ថលេខាលើសំណៅនេះ ដើម្បីបញ្ជាក់បន្ថែមអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសំណៅនេះ។

ការសម្តែងមតិ/កំណត់សំគាល់:

Distribution: Original/Case File Copy/Recipient