



ក្រសួងសុខាភិបាល

កម្មវិធីចាប់ផ្តើមជាថ្មីសំរាប់ក្មេងមានឥទ្ធិពលចម្លែក

ផ្នែកឥទ្ធិពលចម្លែកនៃក្រសួងសុខាភិបាល

ព័ត៌មានរបស់ក្មេង (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព ឬវាយអក្សរពុម្ព)

ឈ្មោះក្មេង	
ថ្ងៃខែកំណើតរបស់ក្មេង	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ខែ <input type="text"/> ថ្ងៃ ឆ្នាំ
លេខសំគាល់ខ្លួនរបស់ក្មេង (SSN)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
សំរាប់ក្មេងអាយុ ៣ឆ្នាំ : តើកូនរបស់លោកអ្នកកំពុងតែធ្លាក់ចុះចេញពីកម្មវិធីអត្តសញ្ញាណដំបូងឬ? (គូសរង្វង់) មែន មិនមែន	
ភេទរបស់ក្មេង	<input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស
អសយដ្ឋាន	
ក្រុង	
រដ្ឋ	
លេខកូដ	
ឈ្មោះមាតាបិតា / អ្នកអាណាព្យាបាល	
ភាសានិយាយ	
ភាសាសរសេរ	

ព័ត៌មានអាគរិនិច្ឆ័យ :

តើក្មេងមានអាគរិនិច្ឆ័យដែលបញ្ជាក់ពីជម្ងឺអត្តចរិតចម្លែកឬទេ (Autism Spectrum Disorder)? មាន មិនមាន

បើសិនមាន, តើអាគរិនិច្ឆ័យអ្វី? (សូមតែកមួយ) :

- ជម្ងឺអត្តចរិតចម្លែក (Autistic Disorder) ជម្ងឺកាចហុសហេតុ (PDD) – បើមិនអញ្ជឹងទេបញ្ជាក់ (PDD-NOS)
- ជម្ងឺមិនចូលចំណោមគេកើតមានតាំងពីវ័យក្មេង (CDD) រោគសញ្ញានៃជម្ងឺ Rhett ឬ រោគសញ្ញានៃជម្ងឺ Asperger
- សូមរាយនាមអ្វីផ្សេងទៀតដែលជាប់ទាក់ទងនឹងលក្ខណៈជម្ងឺ, ការយល់ដឹង ឬផ្លូវចិត្តដែលប៉ះពាល់កូនរបស់លោកអ្នក :

ព័ត៌មានអំពី ម៉ាស៊ីប្រហែល :

តើកូនរបស់លោកអ្នកសព្វថ្ងៃនេះទទួលបានប័ណ្ណសុខភាព ម៉ាស៊ីប្រហែល (MH) ដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ខ្ពស់ឬទេ? បានទទួល មិនបានទទួល

បើសិនបានទទួល, សូមផ្តល់លេខអត្តសញ្ញាណ ម៉ាស៊ីប្រហែល របស់កូនលោកអ្នកដែលមាននៅលើកាត ម៉ាស៊ីប្រហែល :

លេខអត្តសញ្ញាណ

សេចក្តីណែនាំសំរាប់ការចុះឈ្មោះ

- ក្រសួងសុខាភិបាលទាំងអស់ត្រូវមានត្រារាយខាងលើ ឬថ្ងៃទីបិទតែម រវាងថ្ងៃទី២០ ខែកញ្ញា ដល់ថ្ងៃទី១ ខែតុលា
- ចូរចងចាំថា ត្រូវបំពេញក្រដាសសុខាភិបាលនេះឲ្យបានពេញលេញ
- សូមសរសេរអក្សរពុម្ព ហើយចុះហត្ថលេខាដោយប្រើប៊ិច
- ពាក្យសុំមួយអាចទទួលបានសំរាប់តែក្មេងម្នាក់ប៉ុណ្ណោះ; ក្រសួងជនពិការនឹងបោះចោលទូរពាក្យសុំណាដែលចម្លង
- លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងពេល១០ថ្ងៃ នៃកំឡុងពេលបើកឲ្យមានការដាក់ពាក្យសុំ ដើម្បីការពិចារណាសំរាប់សិទ្ធិដែលអាចទទួលបាន កម្មវិធីចាប់ផ្តើមជាថ្មីសំរាប់ក្មេងមានឥទ្ធិពលចម្លែក
- សូមធ្វើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកទៅ : DDS Autism Division, Att. Autism Renewal Waiver, 500 Harrison Ave, Boston, MA 02118

ខ្ញុំបានបំពេញក្រដាសសុខាភិបាលនេះដោយត្រឹមត្រូវ និងទៀងត្រង់ អស់ពីសក្តានុពលរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា :ថ្ងៃខែ :