

សំណុំបែបបទព័ត៌មានអំពី
ការព្យាបាលគ្រឿងញៀន
និងគ្រឿងស្រវឹង

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណុំរឿង			
CO	DIST	លេខកំណត់ហេតុ	កាលបរិច្ឆេទ

នាមខ្លួន	នាមត្រកូល	ឈ្មោះហៅកាត់	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច
ឈ្មោះផ្លូវ	លេខផ្ទះ/អាប៊ាតមេន	ទីក្រុង	រដ្ឋ
		លេខកូដទីក្រុង	លេខទូរស័ព្ទ ()

មជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាល និងអសយដ្ឋាន

ការបញ្ជូន

បុគ្គលនេះ ត្រូវបញ្ជូនសម្រាប់ការវាយតម្លៃអំពីបញ្ហារំលោភបំពានប្រើគ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹងដែលអាចកើតមាន ហើយអាចចូលទៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាល ។ ការវាយតម្លៃនិងជួយការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយរបស់បុគ្គលនេះ ។ សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ ឬនៅផ្នែកខាងក្រោយតាមការស្នើសុំ ។ ប្រសិនបើចាំបាច់ សូមថតចម្លងកំណត់ហេតុរបស់អ្នក ហើយបញ្ជូនឯកសារថតចម្លងសំណៅដើមទៅអ្នកធ្វើបទបង្ហាញ ឬធ្វើតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ទៅ ៖

អសយដ្ឋានការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO _____

ឈ្មោះ IMCW _____

តាមន័យនេះខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត និងស្នើសុំការបញ្ជូនឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមរយៈមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលគ្រឿងញៀននិងគ្រឿងស្រវឹងរបស់ខ្ញុំជូនទៅការិយាល័យ CAO ដែលបញ្ជាក់ថាបច្ចុប្បន្នខ្ញុំកំពុងតែទទួលបានការព្យាបាលការរំលោភបំពានប្រើគ្រឿងញៀននិងគ្រឿងស្រវឹង ឈ្មោះនិងអសយដ្ឋាននៃកម្មវិធីព្យាបាល គ្រឿងញៀន/គ្រឿងស្រវឹង រយៈពេលព្យាបាលដែលបានប៉ាន់ស្មាន ប្រភេទនៃការព្យាបាល មិនថាកម្មវិធីព្យាបាលរវាងខ្ញុំពីការងារតាមទម្រង់ណាមួយឡើយ និងព័ត៌មានអំពីការធ្វើការបានការព្យាបាលដែលពាក់ព័ន្ធ ដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានដែលបានទទួលនឹងត្រូវ ប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងដែលទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅនឹងភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះជំនួយរហូតដល់រយៈពេល 9 ខែសម្រាប់ការបន្ត ជីវិតរស់នៅ ។ ខ្ញុំយល់ដឹងផងដែរថា ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះអាចត្រូវបានដកហូតវិញដោយខ្ញុំនៅពេលណាមួយ លើកលែងតែមានវិសាលភាពត្រូវបានអនុវត្ត ប៉ុន្តែបើមិនដូច្នោះទេ នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់ប្រតិបត្តិការបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ឬនៅថ្ងៃ _____ ប្រសិនបើ ឆាប់រហ័សជាងរយៈពេលប្រាំបួនខែ ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួល _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ហត្ថលេខាសាក្សី _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ឋាន _____

62 P.S. §432(3)(i)(C) និង (E) និង 55 Pa. Code §141.61 (c)(1)(iii)(E) កំណត់ថាជាលក្ខខណ្ឌនៃភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនោះ បុគ្គលនេះត្រូវរក្សាការណាត់ជួបតាមកម្មវិធីគ្រោងទុកណាមួយ និងទទួលយកការព្យាបាលអ្វីក៏ដោយ ត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាជូនគាត់ ប្រសិនបើការវាយតម្លៃបង្ហាញថាគាត់/នាងមានបញ្ហាគ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង ហើយកម្មវិធីព្យាបាលរបស់គាត់រវាងការងារតាមទម្រង់ណាមួយ ។

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មឆ្លើយតបចំពោះការបញ្ជូន

- SLOT អាចប្រើបាន កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម _____ រយៈកាលដែលបានប៉ាន់ស្មានសម្រាប់ការព្យាបាល _____
- សម្រាកពេទ្យដែលពេញកម្លាំង * ការចូលសម្រាកពេទ្យមួយភាគខ្លះ មន្ទីរព្យាបាល/មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា

កម្មវិធីគ្រោងទុកសម្រាប់ការព្យាបាល _____

តើកម្មវិធីគ្រោងទុកសម្រាប់ការព្យាបាលនេះ រវាងអ្នកជំងឺពីការធ្វើការងារឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ ហេតុអ្វី? _____ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ តើគាត់/នាងអាចធ្វើការនៅពេលណា? _____

- * SCA ចុះហត្ថលេខាបញ្ជប់លិខិតតម្រូវឱ្យមាន បើកម្មវិធីគ្រោងទុកសម្រាប់ការព្យាបាលបង្ហាញថាមានរយៈពេល 10 ម៉ោង ឬតិចជាងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ប៉ុន្តែរវាងការងារ
- SLOT មិនអាចប្រើបាន កាលបរិច្ឆេទដំបូង ដែលអាចយឺត _____
- អតិថិជនមិនបានរក្សាការណាត់ជួប

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណុំរឿង			
CO	DIST	លេខកំណត់ហេតុ	កាលបរិច្ឆេទ

ស្នើសុំព័ត៌មាន

បុគ្គលនេះបានបង្ហាញថាបច្ចុប្បន្ន/នាងកំពុងស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលគ្រឿងញៀន/គ្រឿងស្រវឹង ។ គាត់/នាង ត្រូវតែបន្តចូលរួមយ៉ាងសកម្មនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាល ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ ។ សូមផ្តល់ព័ត៌មានក្រោមផ្នែក ដែលបានបង្ហាញ ។ សូមពិនិត្យមើលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតចំពោះការបញ្ចេញឱ្យដឹងផ្នែកព័ត៌មានខាងលើ ឬបានភ្ជាប់ជូន ។

សំណើសុំលើកដំបូង (ខែទីមួយ)

អតិថិជនកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការព្យាបាលយ៉ាងសកម្ម ។ ការព្យាបាល បានចាប់ផ្តើម ៖ _____ ហើយត្រូវបានរំពឹងទុកថាចប់ ៖ _____

កម្មវិធីព្យាបាល ៖ _____

អ្នកកម្មវិធីព្យាបាលមិនសម្រាកពេទ្យ/អ្នកកម្មវិធីព្យាបាលមិនសម្រាកពេទ្យដែលពេញកម្លាំង * ការចូលសម្រាកពេទ្យមួយភាគខ្លះ មន្ទីរព្យាបាល/មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា

តើរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដែលអតិថិជនមានកម្មវិធីគ្រោងទុកដើម្បីចូលរួមការព្យាបាល? (មិនអាចអនុវត្តចំពោះមន្ទីរព្យាបាល/មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា) _____

តើកម្មវិធីការព្យាបាលនេះ រវាងអ្នកជំងឺពីការធ្វើការងារឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ ហេតុអ្វី? _____ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ តើគាត់/នាងអាចធ្វើការនៅពេលណា? _____

* SCA ចុះហត្ថលេខាបញ្ចប់លិខិតតម្រូវឱ្យមាន បើការព្យាបាលបង្ហាញថាមានរយៈពេល 10 ម៉ោង ឬតិចជាងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ប៉ុន្តែរវាងការងារ

របាយការណ៍វឌ្ឍនភាព ៖ អំឡុងពេលចាប់ផ្តើម/បញ្ចប់ ៖ _____ / _____

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មឆ្លើយតប ៖

អតិថិជនកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការព្យាបាល បាទ/ចាស់ ទេ

អតិថិជនបានចូលរួម _____ វគ្គព្យាបាលនៅអំឡុងពេលមានរបាយការណ៍ ។
លេខ

តើកម្មវិធីការព្យាបាលនេះ បន្តរវាងអ្នកជំងឺពីការធ្វើការងារឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ ហេតុអ្វី? _____ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ តើគាត់/នាងអាចធ្វើការនៅពេលណា? _____

កម្មវិធីព្យាបាលបានបញ្ចប់ _____ មូលហេតុ _____

សូមភ្ជាប់កំណត់សម្គាល់ពន្យល់បន្ថែមណាមួយដែលលោកអ្នកអាចគិតថាចាំបាច់ ។

លិខិតបញ្ជាក់:

តាមន័យនេះខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងរបាយការណ៍នេះគឺពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងនិងជំនឿដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ ហត្ថលេខាអ្នកតំណាង SCA (ប្រសិនបើចាំបាច់)

ឈ្មោះ (សរសេរជាអក្សរពុម្ព ឬវាយដោយកុំព្យូទ័រ) ឈ្មោះ (សរសេរជាអក្សរពុម្ព ឬវាយដោយកុំព្យូទ័រ)

ឋាន SCA កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះអគារ