



គោលបំណង ៖

ក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តស្វែងរកការសម្របសម្រួលឯករាជ្យ និងផ្តល់នូវសេវាកម្មអោយដូចភាពដើមវិញ និងជួយផ្គត់ផ្គង់ដល់កុមារ យុវជន និងគ្រួសារ ណាដែលមានការរំខានផ្លូវអារម្មណ៍យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ និងជួយដល់មនុស្សចាស់ណាដែលមានរោគផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរនិងយូរអង្វែង ទៀតផង។

របៀបស្នើសុំសេវាកម្មពីក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត ៖

ចំពោះអ្នកស្នើសុំសេវាកម្មពីក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តត្រូវដាក់ផ្ញើក្រដាសហ្វឹមដូចមាននៅខាងក្រោម។ វាសំខាន់ណាស់ត្រូវចុះហត្ថលេខា

និងដាក់ថ្ងៃខែនៅលើក្រដាសហ្វឹមនីមួយៗ។

- ☐ ក្រដាសហ្វឹមសំរាប់ដាក់ស្នើសុំសេវាកម្មពីក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត (ចូរមើលទំព័រ 7 – 16)
- ☐ ចុះហត្ថលេខានៅលើក្រដាសទទួលសេវាកម្មពីក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត (ចូរមើលទំព័រ 17 & 18)
- ☐ ចុះហត្ថលេខានៅលើក្រដាសសម្រាប់ការអនុញ្ញាតិទំនាក់ទំនង (ចូរមើលទំព័រ 19 & 20)

ព័ត៌មាននៅខាងក្រោមគឺចាំបាច់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងស៊ុមពេលវេលាធម្មតា។ វាត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍យ៉ាងខ្លាំងថា ត្រូវផ្ញើក្រដាសហ្វឹមពីមានព្យាបាលដើម្បីបញ្ជាក់ដំណើរការកំណត់។ បើសិនជាអ្នកមិនបានបញ្ចូលព័ត៌មានព្យាបាលទេ សូមមេត្តាផ្ញើជូននូវក្រដាសអនុញ្ញាតិដោយមានចុះហត្ថលេខានៅក្នុងក្រដាសហ្វឹមផង ដើម្បីអោយគេទាក់ទងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នករួមទាំងមន្ទីរពេទ្យណាមួយដែលអ្នកបានទៅព្យាបាល ដូចមានព័ត៌មាននៅខាងក្រោមនេះ ៖

- ☐ កំណត់ត្រាវិកលចរិតនិងការធ្វើតេស្តព្យាបាល
- ☐ របាយការណ៍ចូលពេទ្យនិងចេញពីពេទ្យឬរបាយការណ៍សង្ខេប
- ☐ ការប៉ាន់ស្មាន (ឧទាហរណ៍៖ នៃពេទ្យវិកលចរិត ឬ ចិត្តសង្គម)
- ☐ ការធ្វើតេស្តស្នែងប្រសាទ
- ☐ ផែនការណ៍ព្យាបាល
- ☐ ផែនការណ៍អប់រំបុគ្គល បើសិនជាមាន

ក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តអាចត្រូវការឯកសារពេទ្យបន្ថែមជាចាំបាច់។

អ្វីដែលត្រូវពឹងបន្ទាប់ពីបានធ្វើក្រដាសហ្វឹម៖

ក្នុងរយៈពេល (៧) ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើសេវាកម្មពីក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត គេនឹងទាក់ទងទៅអ្នកដាក់ពាក្យ ឬអាណាព្យាបាល ដើម្បីទទួលយកការស្នើសុំសេវាកម្មសម្រាប់ក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត។

អ្នកឯកទេសខាងសេវាព្យាបាលក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត អាចត្រូវការជួបមុខផ្ទាល់ជាចាំបាច់ជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យ និង/ឬអាណាព្យាបាល ដើម្បីពិភាក្សាបន្ថែមទៀត ហើយនិងធ្វើតាមតម្រូវការអ្នកដាក់ពាក្យនិង/ឬគ្រួសារ។

ប្រសិនបើបុគ្គលម្នាក់ត្រូវបានរកឃើញដើម្បីបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគឺនិកសម្រាប់សេវាកម្មនាយកតំបន់ឬអ្នកចាត់តាំងត្រូវកំណត់ថា តើបុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវការសេវាកម្មក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តដែរឬទេ។ ចាប់តាំងពីក្រសួងមានសេវាសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តមានកម្រិតមក ក្រសួង សុខាភិបាលផ្លូវចិត្តត្រូវផ្តល់អាទិភាពដល់អ្នកណាដែលប្រៀបធៀបផ្តល់សេវាកម្មទាំងនោះ។ បទបញ្ញត្តិនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តបង្កើតលក្ខណៈ វិនិច្ឆ័យដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកណាដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតិអោយទទួលសេវាសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តនិងប្រៀបធៀបផ្តល់សេវាកម្មទាំង នោះ។

ក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តអ្នកដែលត្រូវបានចាត់តាំងនឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តទាក់ទងនឹងសំណើសេវានៅពេលទទួលបាននិងពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានស្របតាមបទបញ្ជានាយកដ្ឋានសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត៖ <https://www.mass.gov/files/documents/2018/07/03/104cmr29.pdf>

ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តអាចមានភាពខុសគ្នាអាស្រ័យលើភាពអាចរកបាននៃឯកសារគាំទ្រ។ ការសម្រេចចិត្តមួយ នឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល៩០ ថ្ងៃនៃនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តដែលទទួលបានកម្មវិធីដោយផ្អែកលើព័ត៌មាន ដែលអាចរកបាន។

កន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកកម្មវិធីនិងការអនុញ្ញាតិសម្រាប់ការចេញផ្សាយទម្រង់ព័ត៌មាន ៖

ការស្នើសុំសេវាកម្មផ្នែកសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តនិងការអនុញ្ញាតិអោយមានការបញ្ចេញព័ត៌មានអាចរកបាននៅក្នុងផ្នែកនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត និងការវិលវិលទីតាំងកន្លែងសំរាកព្យាបាលផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរនិងនៅក្នុងកម្មវិធីសហគមន៍ជាច្រើនទូទាំងសហរដ្ឋ។ ពួកគេក៏មានផងដែរពី

វេបសាយក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត តាម <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/service-application-forms-and-appeal-guidelines.html>

នាយកដ្ឋានសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តអាចផ្តល់ជូននូវអ្នកបកប្រែនិងសេវាបកប្រែឯកសារ ដូច្នេះអ្នកដាក់ពាក្យសុំឬអាណាព្យាបាលអាចប្រើភាសាដែល ពួកគេពេញចិត្តដើម្បីទាក់ទងទៅក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត។



ស្នើសុំសេវាកម្មក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត

កាលបរិច្ឆេទ ខែ ឆ្នាំ 2017

កន្លែងដែលត្រូវធ្វើសំណើសម្រាប់សេវាកម្មសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្ត :

សូមស្វែងរកទីក្រុងឬទីប្រជុំជនរបស់អ្នកដាក់ពាក្យនៅក្នុងបញ្ជីដែលលេចឡើងនៅទំព័រខាងក្រោមនិងធ្វើពាក្យសុំទៅការិយាល័យសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តរបស់ក្រសួងនីមួយៗពីបញ្ជីខាងក្រោម។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខដែលបានរាយនូវខាងក្រោមប្រសិនបើមានសំណួរ។

សុំចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទសម្រាប់នាយកដ្ឋានសេវាសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត និងការអនុញ្ញាតិអោយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទព័ត៌មានត្រឹមត្រូវធ្វើតាមហ្វក់ឬស្កេននិងអ៊ីម៉ែលទៅកាន់ការិយាល័យនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តឬការិយាល័យតំបន់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះសហគមន៍ដែលអ្នកដាក់ពាក្យអាណាព្យាបាលឬមាតាបិតាស្របច្បាប់រស់នៅពេលដាក់ពាក្យ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញសំណើស្នើសុំសេវាសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តសូមទាក់ទងការិយាល័យខាងក្រោមដែលបម្រើអោយទីក្រុងដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំរស់នៅ។

ការិយាល័យ	អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទ	លេខទូរសារ
Boston	85 East Newton Street, Boston, MA 02118	(617) 626-9200	(617) 626-9216
Brockton	165 Quincy Street, Brockton, MA 02302	(508) 897-2000	(508) 897-2047
Northampton	1 Prince Street, Northampton, MA 01060	(413) 587-6200	(413) 587-6240
Tewksbury	P.O. Box 387, Tewksbury, MA 01876-0387	(978) 863-5000	(978) 863-5091
Worcester	361 Plantation St. Worcester, MA 01605	(774) 420-3140	(774) 420-3165

អ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនគួរត្រូវបានបញ្ជូនទៅការិយាល័យកណ្តាលផ្នែកសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តនៅលើផ្លូវ Staniford ក្នុងទីក្រុង Boston ទេ។ ការធ្វើដូច្នេះនឹងនាំអោយមានការដាក់ពាក្យសុំមិនត្រឹមត្រូវហើយអាចបណ្តាលអោយមានការពន្យារពេលក្នុងដំណើរការសម្រេចចិត្ត។

ប្រភេទពូជសាសន៍និងជាតិសាសន៍ :

ព័ត៌មានពូជសាសន៍និងជាតិសាសន៍ ត្រូវបានស្នើសុំអោយនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្តផ្តល់សេវាដែលផ្តោតលើមនុស្សដែលមានលក្ខណៈសមរម្យខាងផ្នែកវប្បធម៌និងភាសា។ វាក៏ជួយនាយកដ្ឋានអនុលោមតាមបទបញ្ញត្តិនិងស្តង់ដានិងអនុញ្ញាតិអោយមានផែនការណ៍នៃតម្រូវការសេវាដែលមិនត្រូវការ។ ការផ្តល់ព័ត៌មានអំពីពូជសាសន៍និងជាតិសាសន៍គឺជាជម្រើស។ ការសម្រេចចិត្តដើម្បីធ្វើដូច្នេះឬអត់នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់កម្មវិធីសម្រាប់សេវាសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តទេ។

ជម្រើសដូចខាងក្រោមអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបំពេញផ្នែកពូជសាសន៍និងជាតិសាសន៍តាមការស្នើសុំសេវាផ្នែកសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត។ ក្នុងការបំពេញពាក្យសុំអ្នកដែលមានពូជសាសន៍ឬជាតិសាសន៍ច្រើនជាងមួយត្រូវបានអញ្ជើញអោយកំណត់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ។

ប្រភេទពូជសាសន៍ដែលបានចុះបញ្ជីខាងក្រោម ត្រូវបានផ្តើមស្តង់ដារកំណត់ដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ ជាតិសាសន៍ត្រូវបានកំណត់ជាក្រុមមនុស្សដែលត្រូវបានភ្ជាប់ដោយប្រភពជាតិរួមមួយ ប្រវត្តិសាសន៍ ពូជពង្ស ភាសាឬទំនៀមទំលាប់និងវប្បធម៌។ បញ្ជីដូចខាងក្រោមត្រូវបានផ្តល់ជូន

ដើម្បីបង្ហាញពីឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃក្រុមជនជាតិ ហើយមិនមានន័យថាជាបញ្ជីពេញលេញ។

ជម្រើសពូជសាសន៍
ជនជាតិពណ៌សអាមេរិក / ដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
អាស៊ី
ជនជាតិស្បែកខ្មៅ / អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង
ជនជាតិស្បែកខ្មៅ / ជនជាតិអេស្ប៉ាញ
ជនជាតិដើមមិនកំណត់អត្តសញ្ញាណខ្លួនឯង
ជនជាតិដើមហាវ៉ៃអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
សាសន៍ផ្សេងទៀត
ពូជសាសន៍ពីរប្រព័ន្ធ
មិនស្គាល់
ជនជាតិស្បែកស / ជនជាតិអេស្ប៉ាញ
ជនជាតិស្បែកស / មិនមែនជនជាតិអេស្ប៉ាញ

ឧទាហរណ៍ជាតិសាសន៍		
អាល់បាឌី	ក្រិក	ប៉ាគីស្ថាន
អាមេរិកាំង-USA	ហ្គាតេម៉ាឡា	ប៊ែរ
អាមេរិកាំង	ហ្វីលីពីន	ប៉ាណាម៉ា
ប៊ូតាន	អេស្ប៉ាញ ផ្សេងទៀត	ប៊ូតុញ
ប៊ូតាន	ហុង	ព័រទុយហ្គាល់
ប្រេស៊ីល	ហុងឡារី	ព័រតូរីកូ
កូម៉ូរ៉ូ	ឥណ្ឌា	រូស៊ី
ថៃ	អ៊ីរ៉ង់	សាល់វ៉ាឌីន
កាណាដា	អ៊ីរ៉ាក់	ស្លូវ៉េនី
ខេប វ៉េស៊ី	អៀរឡង់	ថៃ
ចិន	អ៊ីស្រាអែល	ទីបេ
កូឡុំប៊ី	អ៊ីតាលី	យូក្រែន
កុងហ្គោ	ជប៉ុន	មិនស្គាល់ជនជាតិ
កូសូវ៉ូ	កូរ៉េ	វិនហ្ស៊ីឡា
ដូមីនីកា	ឡាវ	វៀតណាម
អេហ្ស៊ីប	លីបង់	ឥណ្ឌាខាងលិច / កាហ្សែស្តាន
អេស្ប៉ាញ	ម៉ិចស៊ិកូ	
អ៊ីធីអ៊ុក	ម៉ារ៉ុក	ជនជាតិពីរប្រព័ន្ធជាងនេះ
ហ្វីលីពីន	នីហ្សេរីយ៉ា	ជនជាតិផ្សេងទៀត
បារាំង	នីក្រាហ្គោន	មិនជ្រើសរើសអត្តសញ្ញាណខ្លួនទេ



ស្នើសុំសេវាកម្មក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត

កាលបរិច្ឆេទ ខែធ្នូ ឆ្នាំ 201

ទីក្រុងឬប្រជាជន	ករិយាល័យ DMH	ទីក្រុងឬប្រជាជន	ករិយាល័យ DMH	ទីក្រុងឬប្រជាជន	ករិយាល័យ DMH	ទីក្រុងឬប្រជាជន	ករិយាល័យ DMH
Abington	Brockton	Boston - Hyde Park	Boston	Danvers	Tewksbury	Hadley	Northampton
Acton	Tewksbury	Boston-Jamaica Plain	Boston	Dartmouth	Brockton	Halifax	Brockton
Acushnet	Brockton	Boston - Mattapan	Boston	Dedham	Worcester	Hamilton	Tewksbury
Adams	Northampton	Boston - North End	Boston	Deerfield	Northampton	Hampden	Northampton
Agawam	Northampton	Boston - Revere	Boston	Dennis	Brockton	Hancock	Northampton
Alford	Northampton	Boston - Roslindale	Boston	Dennisport	Brockton	Hanover	Brockton
Allston	Boston	Boston - Roxbury	Boston	Dighton	Brockton	Hanson	Brockton
Amesbury	Tewksbury	Boston - Somerville	Boston	Dorchester	Boston	Hardwick	Worcester
Amherst	Northampton	Boston - South End	Boston	Douglas	Worcester	Harvard	Worcester
Andover	Tewksbury	Boston - Southie	Boston	Dover	Worcester	Harwich	Brockton
Aquinnah	Brockton	Boston - W. Roxbury	Boston	Dracut	Tewksbury	Harwichport	Brockton
Arlington	Tewksbury	Boston - Winthrop	Boston	Dudley	Worcester	Hatfield	Northampton
Ashburnham	Worcester	Bourne	Brockton	Dunstable	Tewksbury	Haverhill	Tewksbury
Ashby	Worcester	Boxborough	Tewksbury	Duxbury	Brockton	Hawley	Northampton
Ashfield	Northampton	Boxford	Tewksbury	East Boston	Boston	Heath	Northampton
Ashland	Worcester	Boylston	Worcester	E. Bridgewater	Brockton	Hingham	Brockton
Assonet	Brockton	Bradford	Tewksbury	East Brookfield	Worcester	Hinsdale	Northampton
Athol	Northampton	Braintree	Brockton	E. Longmeadow	Northampton	Holbrook	Brockton
Attleboro	Brockton	Brewster	Brockton	East Sandwich	Brockton	Holden	Worcester
Auburn	Worcester	Bridgewater	Brockton	Eastham	Brockton	Holland	Worcester
Avon	Brockton	Brighton	Boston	Easthampton	Northampton	Holliston	Worcester
Ayer	Worcester	Brimfield	Worcester	Easton	Brockton	Holyoke	Northampton
Back Bay	Boston	Brockton	Brockton	Edgartown	Brockton	Hopedale	Worcester
Baldwinville	Worcester	Brookfield	Worcester	Egremont	Northampton	Hopkinton	Worcester
Barnstable	Brockton	Brookline	Boston	Erving	Northampton	Hubbardston	Worcester
Barre	Worcester	Buckland	Northampton	Essex	Tewksbury	Hudson	Worcester
Beacon Hill	Boston	Burlington	Tewksbury	Everett	Tewksbury	Hull	Brockton
Becket	Northampton	Buzzards Bay	Brockton	Fairhaven	Brockton	Huntington	Northampton
Bedford	Tewksbury	Byfield	Tewksbury	Fall River	Brockton	Hyannis	Brockton
Belchertown	Northampton	Cambridge	Boston	Falmouth	Brockton	Hyde Park	Boston
Bellingham	Worcester	Canton	Worcester	Fenway	Boston	Ipswich	Tewksbury
Belmont	Tewksbury	Carlisle	Tewksbury	Fiskdale	Worcester	Jamaica Plain	Boston
Berkeley	Brockton	Carver	Brockton	Fitchburg	Worcester	Jefferson	Worcester
Berlin	Worcester	Charlemont	Northampton	Florida	Northampton	Kingston	Brockton
Bernardston	Northampton	Charlestown	Boston	Foxborough	Worcester	Lakeville	Brockton
Beverly	Tewksbury	Charlton	Worcester	Framingham	Worcester	Lancaster	Worcester
Billerica	Tewksbury	Chatham	Brockton	Franklin	Worcester	Lanesborough	Northampton
Blackstone	Worcester	Chelmsford	Tewksbury	Freetown	Brockton	Lawrence	Tewksbury
Blandford	Northampton	Chelsea	Boston	Gardner	Worcester	Lee	Northampton
Bolton	Worcester	Cherry Valley	Worcester	Gay Head	Brockton	Leicester	Worcester
Bondsville	Northampton	Cheshire	Northampton	Georgetown	Tewksbury	Lenox	Northampton
Boston - Allston	Boston	Chester	Northampton	Gilbertville	Worcester	Leominster	Worcester
Boston - Back Bay	Boston	Chesterfield	Northampton	Gill	Northampton	Leverett	Northampton
Boston - Beacon Hill	Boston	Chicopee	Northampton	Gloucester	Tewksbury	Lexington	Tewksbury
Boston - Brighton	Boston	Chilmark	Brockton	Goshen	Northampton	Leyden	Northampton
Boston - Brookline	Boston	Clarksburg	Northampton	Gosnold	Brockton	Lincoln	Tewksbury
Boston - Cambridge	Boston	Clinton	Worcester	Grafton	Worcester	Linwood	Worcester
Boston-Charlestown	Boston	Cohasset	Brockton	Granby	Northampton	Littleton	Tewksbury
Boston - Chelsea	Boston	Colrain	Northampton	Granville	Northampton	Longmeadow	Northampton
Boston - Chinatown	Boston	Concord	Tewksbury	Great Barrington	Northampton	Lowell	Tewksbury
Boston - Dorchester	Boston	Conway	Northampton	Green Harbor	Brockton	Ludlow	Northampton
Boston - Downtown	Boston	Cotuit	Brockton	Greenfield	Northampton	Lunenburg	Worcester
Boston - East	Boston	Cummington	Northampton	Groton	Worcester	Lynn	Tewksbury
Boston - Fenway	Boston	Dalton	Northampton	Groveland	Tewksbury	Lynnfield	Tewksbury



សេចក្តីស្នើសុំសេវាកម្មក្រសួងសុខាភិបាល

កាលបរិច្ឆេទ ខែធ្នូ ឆ្នាំ 201

ទីក្រុងឬប្រជុំជន	ករិយាល័យ DMH	ទីក្រុងឬប្រជុំជន	ករិយាល័យ DMH	ទីក្រុងឬប្រជុំជន	ករិយាល័យ DMH	ទីក្រុងឬប្រជុំជន	ករិយាល័យ DMH
Malden	Tewksbury	North Truro	Brockton	Sandisfield	Northampton	Wales	Worcester
Manchester	Tewksbury	Northampton	Northampton	Sandwich	Brockton	Walpole	Worcester
Manomet	Brockton	Northborough	Worcester	Saugus	Tewksbury	Waltham	Tewksbury
Mansfield	Brockton	Northbridge	Worcester	Savoy	Northampton	Ware	Northampton
Marblehead	Tewksbury	Northfield	Northampton	Scituate	Brockton	Wareham	Brockton
Marion	Brockton	Norton	Brockton	Seekonk	Brockton	Warren	Worcester
Marlborough	Worcester	Norwell	Brockton	Sharon	Worcester	Warwick	Northampton
Marshfield	Brockton	Norwood	Worcester	Sheffield	Northampton	Washington	Northampton
Marston Mills	Brockton	Oak Bluffs	Brockton	Shelburne	Northampton	Watertown	Tewksbury
Martha's Vineyard	Brockton	Oakham	Worcester	Sherborn	Worcester	Wayland	Worcester
Mashpee	Brockton	Onset	Brockton	Shirley	Worcester	Webster	Worcester
Mattapan	Boston	Orange	Northampton	Shrewsbury	Worcester	Wellesley	Worcester
Mattapoisett	Brockton	Orleans	Brockton	Shutesbury	Northampton	Wellfleet	Brockton
Maynard	Tewksbury	Osterville	Brockton	Somerset	Brockton	Wendell	Northampton
Medfield	Worcester	Otis	Northampton	Somerville	Boston	Wenham	Tewksbury
Medford	Tewksbury	Oxford	Worcester	South Boston	Boston	West Barnstable	Brockton
Medway	Worcester	Palmer	Northampton	South Hadley	Northampton	West Boylston	Worcester
Melrose	Tewksbury	Paxton	Worcester	South Wellfleet	Brockton	West Bridgewater	Brockton
Mendon	Worcester	Peabody	Tewksbury	South Yarmouth	Brockton	West Brookfield	Worcester
Merrimac	Tewksbury	Pelham	Northampton	Southampton	Northampton	West Newbury	Tewksbury
Methuen	Tewksbury	Pembroke	Brockton	Southborough	Worcester	West Roxbury	Boston
Middleborough	Brockton	Pepperell	Worcester	Southbridge	Worcester	West Springfield	Northampton
Middlefield	Northampton	Peru	Northampton	Southwick	Northampton	West Stockbridge	Northampton
Middleton	Tewksbury	Petersham	Northampton	Spencer	Worcester	West Tisbury	Brockton
Milford	Worcester	Phillipston	Northampton	Springfield	Northampton	West Yarmouth	Brockton
Millbury	Worcester	Pittsfield	Northampton	Sterling	Worcester	Westborough	Worcester
Millers Falls	Northampton	Plainfield	Northampton	Stockbridge	Northampton	Westfield	Northampton
Millis	Worcester	Plainville	Worcester	Stoneham	Tewksbury	Westford	Tewksbury
Millville	Worcester	Plymouth	Brockton	Stoughton	Brockton	Westhampton	Northampton
Milton	Brockton	Plympton	Brockton	Stow	Tewksbury	Westminster	Worcester
Monroe	Northampton	Pocasset	Brockton	Sturbridge	Worcester	Weston	Worcester
Monson	Northampton	Princeton	Worcester	Sudbury	Worcester	Westport	Brockton
Montague	Northampton	Provincetown	Brockton	Sunderland	Northampton	Westwood	Worcester
Monterey	Northampton	Quincy	Brockton	Sutton	Worcester	Weymouth	Brockton
Montgomery	Northampton	Randolph	Brockton	Swampscott	Tewksbury	Whately	Northampton
Mt Washington	Northampton	Raynham	Brockton	Swansea	Brockton	White Horse Bch	Brockton
Nahant	Tewksbury	Reading	Tewksbury	Taunton	Brockton	Whitinsville	Worcester
Nantucket	Brockton	Rehoboth	Brockton	Teaticket	Brockton	Whitman	Brockton
Natick	Worcester	Revere	Boston	Templeton	Worcester	Wilbraham	Northampton
Needham	Worcester	Richmond	Northampton	Tewksbury	Tewksbury	Williamsburg	Northampton
New Ashford	Northampton	Rochdale	Worcester	Thorndike	Northampton	Williamstown	Northampton
New Bedford	Brockton	Rochester	Brockton	Three Rivers	Northampton	Wilmington	Tewksbury
New Braintree	Worcester	Rockland	Brockton	Tisbury	Brockton	Winchendon	Worcester
New Marlborough	Northampton	Rockport	Tewksbury	Tolland	Northampton	Winchester	Tewksbury
New Salem	Northampton	Roslindale	Boston	Topsfield	Tewksbury	Windsor	Northampton
Newbury	Tewksbury	Rowe	Northampton	Townsend	Worcester	Winthrop	Boston
Newburyport	Tewksbury	Rowley	Tewksbury	Truro	Brockton	Woburn	Tewksbury
Newton	Worcester	Roxbury	Boston	Turners Falls	Northampton	Wollaston	Brockton
Norfolk	Worcester	Royalston	Northampton	Tyngsborough	Tewksbury	Woods Hole	Brockton
North Adams	Northampton	Russell	Northampton	Tyringham	Northampton	Worcester	Worcester
North Andover	Tewksbury	Rutland	Worcester	Upton	Worcester	Worthington	Northampton
North Attleboro	Brockton	Sagamore	Brockton	Uxbridge	Worcester	Wrentham	Worcester
North Brookfield	Worcester	Salem	Tewksbury	Vineyard Haven	Brockton	Yarmouth	Brockton
North Reading	Tewksbury	Salisbury	Tewksbury	Wakefield	Tewksbury	Yarmouthport	Brockton

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងបន្ថែម (សូមរួមបញ្ចូលការចេញផ្សាយព័ត៌មានសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលបានចុះបញ្ជី)

ឈ្មោះទំនាក់ទំនងបន្ទាប់ _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ: _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

អាសយដ្ឋាន: _____

ទំនាក់ទំនងមាតាបិតា/ភ្នាក់ងារ (1) _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ: _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

អាសយដ្ឋាន: _____

ទំនាក់ទំនងមាតាបិតា/ភ្នាក់ងារ (2) _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ: _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

អាសយដ្ឋាន: _____



ស្នើសុំសេវាកម្មក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត

កាលបរិច្ឆេទ ខែ ឆ្នាំ 2017

ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន:

តើអ្នកស្នើសុំបច្ចុប្បន្ននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ / CBAT?	☐ បាទ/ចា	☐ ទេ	កាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលរំពឹងទុក: _____
➤ ប្រសិនបើមានតើកន្លែងណា? _____			
តើអ្នកស្នើសុំបច្ចុប្បន្នគ្មានផ្ទះសំបែង?	☐ បាទ/ចា	☐ ទេ	
➤ ប្រសិនបើមានសូមប្រាប់ភ្នាក់ងារដែលពាក់ព័ន្ធ _____			
តើអ្នកស្នើសុំកំពុងជាប់ឃុំឃាំងឬ?	☐ បាទ/ចា	☐ ទេ	កាលបរិច្ឆេទចេញផ្សាយដែលរំពឹងទុក: _____
➤ ប្រសិនបើមានតើកន្លែងណា? _____			
តើអ្នកស្នើសុំបច្ចុប្បន្នស្ថិតនៅក្នុងការសាកល្បង / CRA?	☐ បាទ/ចា	☐ ទេ	
➤ ប្រសិនបើមាន ប្រាប់ឈ្មោះមន្ត្រីព្យាបាល: _____			

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំគឺជាមាតាបិតាឬមាតាបិតាតើមានកុមារដែលកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនអាចអនុវត្តបាន

តើអ្នកស្នើសុំបច្ចុប្បន្នពាក់ព័ន្ធនឹងភ្នាក់ងាររដ្ឋសហព័ន្ធផ្សេងទៀត (ឧ. ភ្នាក់ងាររដ្ឋ VA)? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

ប្រសិនបើមានតើភ្នាក់ងារណា? ពិនិត្យអ្វីៗទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត

☐ DCF ☐ DDS ☐ EOE A ☐ DPH ☐ DYS ☐ MRC ☐ MCDHH ☐ MCB ☐ VA

ទំនាក់ទំនងភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

សូមរួមបញ្ចូលការចេញផ្សាយព័ត៌មាន (ត្រកូល) (នាមខ្លួន)

ទំនាក់ទំនងភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

សូមរួមបញ្ចូលការចេញផ្សាយព័ត៌មាន (ត្រកូល) (នាមខ្លួន)

ព័ត៌មានអំពីអ្នកថែរក្សា (ប្រសិនបើមាន):

តើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំមានតុលាការចាត់តាំងអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ដែរឬទេ? ☐បាទ/ចា ☐ទេ

- បើឆ្លើយបាទ/ចា សូមប្រាប់ប្រភេទអាណាព្យាបាល: _____

តើមាន DCF Guardian Mittimus នៅនឹងកន្លែងដែរឬទេ? ☐បាទ/ចា ☐ទេ ☐មិនស្គាល់

- ប្រសិនបើមានតើអ្វីទៅ? _____

ព័ត៌មានសំខាន់: ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមានអាណាព្យាបាលដែលបានតែងតាំងដោយតុលាការសូមដាក់ស្នើច្បាប់ស្តីពីអាណាព្យាបាលជាមួយពាក្យសុំនេះ។

អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (ត្រូវបានតែងតាំងដោយមាតាបិតាឬតុលាការ) ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនិងលិខិតអនុញ្ញាតិសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានសម្រាប់ពាក្យសុំដែលត្រូវដំណើរការ។

ឈ្មោះអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ _____ ទំនាក់ទំនង _____
 (ត្រកូល) (នាមខ្លួន) (ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ)

អាសយដ្ឋានរបស់អាណាព្យាបាល _____
 (លេខនិងផ្លូវ) (លេខផ្ទះ) (ទីក្រុង) (រដ្ឋ) (លេខកូដតំបន់)

តើយើងអាចទាក់ទងអាណាព្យាបាលបានយ៉ាងដូចម្តេច? (សូមពិនិត្យទាំងអស់ដែលអនុវត្តបានក្រោមនិងផ្តល់លេខទូរស័ព្ទ / អ៊ីម៉ែល)

- | | | | |
|--|-----------|------------------------|---|
| ☐ ទូរស័ព្ទថ្ងៃ/ទូរស័ព្ទការងារ | () _____ | យើងអាចថតសារមួយទកបានទេ? | ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ |
| ☐ ទូរស័ព្ទល្ងាច | () _____ | យើងអាចថតសារមួយទកបានទេ? | ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ |
| ☐ ទូរស័ព្ទចល័ត | () _____ | យើងអាចថតសារមួយទកបានទេ? | ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ |
| ☐ អ៊ីម៉ែល | _____ | យើងអាចថតសារមួយទកបានទេ? | ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ |



ស្នើសុំសេវាកម្មក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត

កាលបរិច្ឆេទ ខែ ឆ្នាំ 2017

ប្រភពប្រាក់ចំណូល

- ☐ ការងារ ☐ ប្រាក់ (SSI) ☐ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម ☐ គ្រួសារ ☐ ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងពិការ (SSDI)
☐ មិនមានប្រភពចំណូល ☐ ជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់ ☐ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់): _____

ព័ត៌មានអប់រំ/សាលា/មហាវិទ្យាល័យ

តើបេក្ខជនបច្ចុប្បន្នកំពុងចូលរៀនឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

- ប្រសិនបើមាន ប្រាប់សាលានិងទីក្រុង/ក្រុង _____

តើនរណាជាភ្នាក់ងារអប់រំក្នុងស្រុកដែលមានការទទួលខុសត្រូវ (LEA)? _____

តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមានផែនការអប់រំបុគ្គល (IEP) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

ប្រសិនបើបាទ/ចា តើសេវាកម្មអប់រំពិសេសប្រភេទណាដែលអ្នកទទួលបាន? (សូមពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។)

☐ លំនៅដ្ឋាន ☐ ពេលថ្ងៃ ☐ មិនស្គាល់

☐ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់): _____

តើនេះជាការបញ្ជូន 688 ឬ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមានផែនការស្នាក់នៅ 504 ឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

ធានារ៉ាប់រងសុខភាព:

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពច្បាប់ (ពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលអនុវត្ត):

☐ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព: លេខគោលនយោបាយ: _____

☐ ធានារ៉ាប់រងថ្នាំពេទ្យ/សុខភាព: លេខគោលនយោបាយ: _____

ប្រភេទ: _____

អតិថិជន: _____

➢ តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនក្នុងកម្មវិធីគំនិតផ្តួចផ្តើមសុខភាពឥរិយាបថរបស់កុមារ (CBHI) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

ប្រសិនបើ "បាទ/ចា" សូមបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណអ្នកដែលកំពុងទទួលនិងទីភ្នាក់ងារសហគមន៍ (CSA) ខាងក្រោម៖

• ឈ្មោះភ្នាក់ងារសហគមន៍ (CSA): _____

• សេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់ CBHI ក៏ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំពុំទទួល: _____

➢ តើបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះក្នុងអង្គការថែទាំគណនេយ្យភាព (ACO) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

ប្រសិនបើ "បាទ/ចា" សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះនិងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងខាងក្រោម៖

➢ តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះចូលរៀននៅដៃគូសហគមន៍សុខភាពផ្លូវចិត្ត (BHCP) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

ប្រសិនបើ "បាទ/ចា" សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះនិងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងខាងក្រោម៖

☐ ថែសុខភាពតែមួយ

គម្រោង: _____

☐ ពាណិជ្ជកម្ម/ឯកជន: លេខគោលនយោបាយ: _____

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង: _____

អតិថិជន: _____

☐ គ្មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តើពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពកំពុងរង់ចាំឬ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចា សូមបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង: _____

ស្នើសុំសេវាកម្មក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត

កាលបរិច្ឆេទ ខែ ឆ្នាំ 2017

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តបឋម:

សូមចង្អុលបង្ហាញអ្នកដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យសុំនូវការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តជាប្រចាំ។ ប្រសិនបើគ្មានប្រភពទៀងទាត់នៃការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រើប្រាស់នេះ ដើម្បីបង្ហាញពីប្រភពថ្មីៗបំផុតនៃការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តបឋម: _____
 (គ្រូពេទ្យ) (នាមខ្លួន)

អ្នកផ្តល់បច្ចុប្បន្ន? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ: _____

អស័យដ្ឋាន: _____
 (លេខនិងផ្លូវ) (លេខផ្ទះ) (ទីក្រុង) (រដ្ឋ) (លេខកូដតំបន់)

លេខទូរស័ព្ទ: _____ លេខបន្ថែម: _____

ព័ត៌មានអំពីអាករវិនិច្ឆ័យ:

តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមានអាករវិនិច្ឆ័យផ្លូវចិត្តបច្ចុប្បន្នដែរទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

បើឆ្លើយថាបាទ/ចា សូមរាយការអាករវិនិច្ឆ័យដែលគេស្គាល់ទាំងអស់:

ការគាំទ្រផ្សេងទៀត

ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនង (ឧ: គ្រួសារ, អ្នកព្យាបាលរោគ, បណ្ឌិតជាដើម)	អស័យដ្ឋាន	ទូរស័ព្ទ	ការចេញផ្សាយព័ត៌ មានរួមបញ្ចូល? (បាទ/ចា)



ស្នើសុំសេវាកម្មក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត

កាលបរិច្ឆេទ ខែ ឆ្នាំ 2017

សុខភាពរាងកាយទូទៅ:

សូមចង្អុលបង្ហាញអ្នកដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំដល់អ្នកដាក់ពាក្យ។ ប្រសិនបើគ្មានប្រភពទៀងទាត់នៃការថែទាំសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រប្រើផ្ទៃកន្លែង ដើម្បីបង្ហាញពីប្រភពថ្មីបំផុតនៃការថែទាំសុខភាព។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម: _____ អ្នកផ្តល់បច្ចុប្បន្ន? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ: _____

អាស័យដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់: _____

លេខទូរស័ព្ទអ្នកផ្តល់: _____

តើមានបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រណាដែលត្រូវការការថែទាំបន្ត? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

តើធ្លាប់មានរោគវិនិច្ឆ័យនៃបញ្ហាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

ប្រសិនបើ "បាទ / ចាស" សូមរៀបរាប់ពីបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រឬរោគសញ្ញាបច្ចុប្បន្នណាមួយ:

ថ្នាំ

តើបច្ចុប្បន្នអ្នកដាក់ពាក្យសុំប្រើប្រាស់ថ្នាំអ្វីដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

បើឆ្លើយថាបាទ/ចា សូមរាយបញ្ជីឱសថកំរិតនិងវេជ្ជបញ្ជា:

ហេតុអ្វីអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំសេវាកម្ម?_____

តើត្រូវការប្រភេទសេវាកម្មអ្វីខ្លះ?



ការកំណត់លក្ខណៈសេវាកម្ម DMH

- ខ្ញុំស្នើសុំឱ្យនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត (DMH) ធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការអនុញ្ញាតពី DMH ខ្ញុំបានភ្ជាប់ការអនុញ្ញាតដែលបានចុះហត្ថលេខាសម្រាប់ការចេញផ្សាយទំរង់បែបបទព័ត៌មានទៅក្នុងកម្មវិធីនេះបើចាំបាច់។ ខ្ញុំយល់ថា DMH នឹងប្រមូលនិងពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលជាផ្នែកមួយនៃដំណើរការកំណត់។ ខ្ញុំយល់ថាឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអំពីខ្ញុំនឹងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងប្រព័ន្ធរក្សាកំណត់ត្រា DMH។
- DMH អាចទាមទារការសំភាសផ្ទាល់ជាមួយខ្ញុំឬការវាយតម្លៃគ្លីនិកនៅក្នុងកាលៈទេសៈដែលកំណត់ត្រាព្យាបាលដែលអាចរកបានមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត។
- ខ្ញុំនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង្ហាញព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលនិងការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំហើយអាចត្រូវបានគិតថ្លៃចំពោះសេវាកម្មដោយយោងទៅតាមសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការបង់ប្រាក់។
- ខ្ញុំយល់ពីការសម្រេចចិត្តរបស់ DMH អាចត្រូវបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅពេលដែលវាត្រូវបានកំណត់ថាអ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនត្រូវបានយល់ព្រមសម្រាប់សេវាកម្មដោយសារតែពួកគេមិនបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់សេវាកម្ម DMH។
- ខ្ញុំបានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីណែនាំអំពីការអនុវត្តកំណត់ DMH (ភ្ជាប់ទៅសំណើសុំសេវានេះ)។
- ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ DMH ដើម្បីទាក់ទងអំពីសំណើរបស់ខ្ញុំសម្រាប់សេវា DMH ជាមួយបុគ្គលដែលបានកំណត់ខាងក្រោមដែលបានជួយក្នុងកម្មវិធីនេះ។ ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរហូតដល់ខ្ញុំត្រូវបានដំណើរការពេញលេញឬខ្ញុំជូនដំណឹងដល់ DMH ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរថាខ្ញុំដកហូតវា។

ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់បុគ្គល _____ ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ (អក្សរពុម្ព) _____ ថ្ងៃខែចុះហត្ថលេខា _____

• ចុះហត្ថលេខាដោយ: ☐ មាតាបិតា ☐ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ☐ បេក្ខជនប្រសិនបើអតីតជនប្តេជ្ញាស្វ័យដែលមានផ្ទៃពោះ

• តើមានកសាងអាណាព្យាបាលឬឯកសារ DCF Mittimus ភ្ជាប់ជាមួយទេ? ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

បុគ្គលដែលជួយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ

ផ្នែកនេះត្រូវតែបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលជួយដល់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង _____

(ត្រកូល) (នាមខ្លួន) (ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ)

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ: _____

អាស័យដ្ឋាន: _____

(លេខនិងផ្លូវ) (លេខផ្ទះ) (ទីក្រុង) (រដ្ឋ) (លេខកូដតំបន់)

លេខទូរស័ព្ទ: _____ ☐ ពេលថ្ងៃ ☐ ពេលល្ងាច ☐ ទូរស័ព្ទដៃ

កម្មវិធីប្រមាសភាពស្នើសុំការដាក់ពាក្យសុំអំពីអ្នកស្នើសុំ

ផ្នែកនេះនឹងត្រូវបានបញ្ចប់ដោយកម្មវិធីប្រមាសភាពនៃការដាក់ពាក្យសុំជំនួសឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។

ឈ្មោះកម្មវិធីប្រមាសភាព	ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ
☐ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ / អាណាព្យាបាលត្រូវបានគេជូនដំណឹងនៅថ្ងៃ_____ ថាពាក្យសុំត្រូវបានដាក់ជំនួសពួកគេហើយពួកគេមិនបានជំទាស់។ ☐ អ្នកដាក់ពាក្យសុំខ្លះសមត្ថភាពហើយពួកគេមិនយល់ស្រាប់អាណាព្យាបាលត្រូវបានដាក់ទៅតុលាការសមស្រប (ច្បាប់ចម្លងនៃព្យាបាលត្រូវបានភ្ជាប់ជាមួយ)	

ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខានិងចំណងជើងអ្នកដាក់ពាក្យ	ឈ្មោះរបស់បុគ្គលដាក់ពាក្យសុំ
--	------------------------------------

ដើម្បីដាក់ចេញនូវទម្រង់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ

ជាផ្នែកមួយនៃសំណើសម្រាប់ដំណើរការកំណត់ DMH សេវា DMH នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រាទាំងអស់ដែលអាចរកបាននៃការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលទទួលបានដោយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ សូមដាក់ស្នើការអនុញ្ញាតដែលបានចុះហត្ថលេខាសម្រាប់ការចេញទម្រង់ព័ត៌មានរួមជាមួយកម្មវិធី។

1. សូមដាក់ស្នើការអនុញ្ញាតដែលបានចុះហត្ថលេខាមួយសម្រាប់ការចេញផ្សាយទម្រង់ព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តនីមួយៗ។
ប្រសិនបើការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវបានផ្តល់តាមរយៈគ្លីនិកសូមកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសំខាន់ៗនៅគ្លីនិកនោះ។
ធ្វើច្បាប់ចម្លងបន្ថែមនៃទម្រង់បែបបទនេះតាមតម្រូវការ។
2. លើសពីនេះទៀតសូមដាក់ស្នើការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការចេញផ្សាយទម្រង់ព័ត៌មានសម្រាប់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀតដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំចង់បានចាត់ទុកថាជាផ្នែកមួយនៃការប្តេជ្ញាចិត្ត។ ធ្វើច្បាប់ចម្លងបន្ថែមនៃទម្រង់បែបបទនេះតាមតម្រូវការ។
3. សូមពិនិត្យមើលភាពត្រឹមត្រូវនៃឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាអាសយដ្ឋាននិងលេខទូរស័ព្ទនៅលើទម្រង់ការចេញផ្សាយនីមួយៗ។ ឈ្មោះអាសយដ្ឋាននិងលេខទូរស័ព្ទត្រូវតែត្រូវនឹងព័ត៌មានដំណើរការត្រួតពិនិត្យ។
4. សូមប្រាកដថាចាប់ផ្តើមនិងចុះហត្ថលេខាលើគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់នៅលើការចេញផ្សាយព័ត៌មាន (រួមទាំងផ្នែកដោះស្រាយពិសេស)

តើមានការអនុញ្ញាតចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់ការចេញផ្សាយទម្រង់ព័ត៌មានដែលកំពុងត្រូវបានដាក់ស្នើជាមួយកម្មវិធីនេះ?

DMH ក៏នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំអ្នកដែលជួយអ្នកដាក់ពាក្យអាចមាននៅក្នុងខ្លួនរបស់ពួកគេហើយមានបំណងចង់ដាក់ពាក្យដើម្បីពិចារណា។

5. សូមបំពេញនិងចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតឱ្យចេញផ្សាយទម្រង់ព័ត៌មានសម្រាប់កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រនីមួយៗដែលភ្ជាប់ជាមួយពាក្យសុំនេះក្នុងករណីបុគ្គលិក DMH ត្រូវការបញ្ជាក់ពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងរបាយការណ៍។
6. មិនអាចត្រឡប់ច្បាប់ចម្លងវេជ្ជសាស្ត្របានទេដូច្នេះសូមកុំធ្វើច្បាប់ចម្លងដើម។

មានរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រចំនួនប៉ុន្មានដែលត្រូវបានភ្ជាប់ទៅនឹងកម្មវិធីនេះ?

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អោយប្រើសំណុំរឿង****សងខាង****1. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ / អ្នកដាក់ពាក្យ**

ឈ្មោះ: _____ ឈ្មោះដ៏ទៃទៀត: _____

ផ្លូវ: _____ លេខផ្ទះ: _____

ទីក្រុង / ក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខកូដតំបន់: _____

លេខសូស្យល #: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

ទូរស័ព្ទ: _____

2. ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើ: ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត (DMH)

ទទួលនិងដោះស្រាយការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រពីបុគ្គលម្នាក់ទៅទីភ្នាក់ងារឬទីភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមដោយផ្ទាល់មាត់ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

បុគ្គល ទីភ្នាក់ងារឬអង្គភាព (ដូចជា ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ អ្នក ផ្តល់សេវាពិគ្រោះជំងឺ កម្មវិធី លំនៅដ្ឋាន ផ្សេងៗ)

អង្គភាពផ្តល់សិទ្ធិសេវាកម្ម DMH

ឈ្មោះ: _____

ឈ្មោះអ្នកត្រូវទទួល: _____

ផ្លូវ: _____

ក្រុង/ជំបន់: _____

រដ្ឋ / លេខកូដតំបន់: _____

ទូរស័ព្ទ: _____

ទូរសារ: _____

3. ពិនិត្យមើលដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានដែលអ្នកចង់ចែករំលែក: (ពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)☐ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសុខភាពនិងការព្យាបាលដោយចិត្តសាស្ត្រ អ្នកចិត្តសាស្ត្រ គិលានុបដ្ឋាយិកាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកសង្គមកិច្ចដែលទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងអស់។☐ កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងស្រុង ដោយមិនរាប់បញ្ចូលកំណត់ត្រាចិត្តសាស្ត្រដែលទាមទារការអនុញ្ញាតដាច់ដោយឡែក☐ សេចក្តីសង្ខេបការចេញពីពេទ្យ☐ ផែនការព្យាបាល☐ ISPs & IAPs☐ តេស្តសរសៃប្រសាទ☐ ផ្ទេរកន្លែងសង្ខេប☐ ឯកសារចូលពេទ្យ☐ ការពិនិត្យរាងកាយ☐ របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍☐ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) / ព័ត៌មានបន្ថែម: _____**4. កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលអ្នកចង់ចែករំលែក: (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទឬជ្រើសរើសរយៈពេល 3****ឆ្នាំដោយការជ្រើសរើសប្រអប់ខាងក្រោម)**

កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ: ពី: _____ ទៅ: _____

ឬ ☐ សម្រាប់ រយៈពេល 3 ឆ្នាំមុនពេលកាលបរិច្ឆេទនៃការអនុញ្ញាតនេះ។

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អោយប្រើសេវាផ្សេងៗ

សងខាង

អ្នកជំងឺ / ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ : _____

5. សូមពិនិត្យមើលដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើមាននៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់អ្នក:
(ពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

- ☐ លទ្ធផលតេស្តអេដស៍ (ការអនុញ្ញាតឱ្យមានសម្រាប់ស្នើសុំនិមួយៗ។)
- ☐ កំណត់ត្រាអំពីការរំលោភបំពានគ្រឿងស្រវឹងនិងគ្រឿងញៀនត្រូវបានការពារដោយភាពសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធច្បាប់ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ច្បាប់របស់សហព័ន្ធហាមឃាត់ការបង្ហាញបន្ថែមទៀតនៃរឿងនេះព័ត៌មានលុះត្រាតែការលាតត្រដាងត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ដោយសរសេរការអនុញ្ញាត របស់បុគ្គលដែលវាពាក់ព័ន្ធ ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ។

គោលបំណងនៃការប្រើ: ការផ្តល់សេវា

ខ្ញុំយល់ថា:

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកហូតសិទ្ធិនេះនៅពេលណាមួយ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតសិទ្ធិនេះខ្ញុំត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងបង្ហាញទៅ DMH នៅអាសយដ្ឋាន DMH ដែលមាននៅទីពឹងមួយឬការិយាល័យ DMH នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ។ (ស្វែងរកការិយាល័យតំបន់ DMH នៅ www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-221-0053 ឬអ៊ីម៉ែល dmhinfo@MassMail.State.MA.US ។)
- ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះព័ត៌មានដែលបានចេញផ្សាយរួចហើយនោះទេដោយអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះ។
- ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំទេនៅពេលដែលច្បាប់ផ្តល់ឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខ្ញុំនូវសិទ្ធិក្នុងការចូលរួមក្នុងបណ្តឹងទាមទារសំណងក្រោមគោលនយោបាយរបស់ខ្ញុំ។
- នៅពេលដែលព័ត៌មានខាងលើត្រូវបានចេញផ្សាយអ្នកទទួលបានប្តូរឡើងវិញហើយព័ត៌មានប្រហែលជាមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឬបទបញ្ជាការជនរបស់សហព័ន្ធឬរដ្ឋឡើយ។
- ការផ្តល់សិទ្ធិបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានកំណត់ខាងលើគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។
- ខ្ញុំមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលឬសេវាកម្មពី DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះផ្សេងទៀតកន្លែងឬទីភ្នាក់ងារ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយការខ្វះសមត្ថភាពក្នុងការចែករំលែកឬទទួលបានព័ត៌មានអាចរារាំង DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះកន្លែងឬភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ការថែទាំសមរម្យនិងចាំបាច់។

ការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់ (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទពេលវេលាឬព្រឹត្តិការណ៍) _____

ឬប្រសិនបើគ្មានអ្វីដែលត្រូវបានបញ្ជាក់វានឹងផុតកំណត់នៅពេលក្រោយ: (i) រយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា។ ឬ (ii) បើអាចអនុវត្តបាននៅពេលខ្ញុំលែងទទួលបានសេវាកម្មពី DMH ។

6. ហត្ថលេខា / លិខិតអនុញ្ញាត: ចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់ព័ត៌មានដូចមានចែងនៅខាងក្រោម។

X _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកឬហត្ថលេខាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះច្បាស់ៗរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា

ត្រូវការព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន:

ប្រភេទនៃសិទ្ធិអំណាច (ឧ។ តុលាការដែលបានតែងតាំងជាមាតាបិតាថែរក្សា): _____

ប្រសិនបើតុលាការបានតែងតាំងផ្តល់លិខិតស្នើសុំពីតុលាការ។

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អោយប្រើសំណុំរឿង****សងខាង****1. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ / អ្នកដាក់ពាក្យ**

ឈ្មោះ: _____ ឈ្មោះដ៏ទៃទៀត: _____

ផ្លូវ: _____ លេខផ្ទះ: _____

ទីក្រុង / ក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខកូដតំបន់: _____

លេខសូស្យល #: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

ទូរស័ព្ទ: _____

2. ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើ: ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត (DMH)

ទទួលនិងដោះស្រាយការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រពីបុគ្គលម្នាក់ទៅទីភ្នាក់ងារឬទីភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមដោយផ្ទាល់មាត់ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

បុគ្គល ទីភ្នាក់ងារឬអង្គភាព (ដូចជា ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ អ្នក ផ្តល់សេវាពិគ្រោះជំងឺ កម្មវិធី លំនៅដ្ឋាន ផ្សេងៗ)

អង្គភាពផ្តល់សិទ្ធិសេវាកម្ម DMH

ឈ្មោះ: _____

ឈ្មោះអ្នកត្រូវទទួល: _____

ផ្លូវ: _____

ក្រុង/ជំបន់: _____

រដ្ឋ / លេខកូដតំបន់: _____

ទូរស័ព្ទ: _____

ទូរសារ: _____

3. ពិនិត្យមើលដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានដែលអ្នកចង់ចែករំលែក: (ពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)☐ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសុខភាពនិងការព្យាបាលដោយចិត្តសាស្ត្រ អ្នកចិត្តសាស្ត្រ គិលានុបដ្ឋាយិកាសុខភាពផ្លូវចិត្ត គិលានុបដ្ឋាយិកាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកសង្គមកិច្ចដែលទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងអស់។☐ កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងស្រុង ដោយមិនរាប់បញ្ចូលកំណត់ត្រាចិត្តសាស្ត្រដែលទាមទារការអនុញ្ញាតដាច់ដោយឡែក☐ សេចក្តីសង្ខេបការចេញពីពេទ្យ☐ ផែនការព្យាបាល☐ ISPs & IAPs☐ តេស្តសរសៃប្រសាទ☐ ផ្ទេរកន្លែងសង្ខេប☐ ឯកសារចូលពេទ្យ☐ ការពិនិត្យរាងកាយ☐ របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍☐ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) / ព័ត៌មានបន្ថែម: _____**4. កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលអ្នកចង់ចែករំលែក: (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទឬជ្រើសរើសរយៈពេល 3****ឆ្នាំដោយការជ្រើសរើសប្រអប់ខាងក្រោម)**

កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ: ពី: _____ ទៅ: _____

ឬ ☐ សម្រាប់ រយៈពេល 3 ឆ្នាំមុនពេលកាលបរិច្ឆេទនៃការអនុញ្ញាតនេះ។

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អោយប្រើសេវាផ្សេងៗ

សងខាង

អ្នកជំងឺ / ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ : _____

5. សូមពិនិត្យមើលដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើមាននៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់អ្នក:
(ពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

- ☐ លទ្ធផលតេស្តអេដស៍ (ការអនុញ្ញាតឱ្យមានសម្រាប់ស្នើសុំនិមួយៗ។)
- ☐ កំណត់ត្រាអំពីការរំលោភបំពានគ្រឿងស្រវឹងនិងគ្រឿងញៀនត្រូវបានការពារដោយភាពសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធច្បាប់ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ច្បាប់របស់សហព័ន្ធហាមឃាត់ការបង្ហាញបន្ថែមទៀតនៃរឿងនេះព័ត៌មានលុះត្រាតែការលាតត្រដាងត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ដោយសរសេរការអនុញ្ញាត របស់បុគ្គលដែលវាពាក់ព័ន្ធ ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ។

គោលបំណងនៃការប្រើ: ការផ្តល់សេវា

ខ្ញុំយល់ថា:

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកហូតសិទ្ធិនេះនៅពេលណាមួយ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតសិទ្ធិនេះខ្ញុំត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងបង្ហាញទៅ DMH នៅអាសយដ្ឋាន DMH ដែលមាននៅទីពឹងមួយឬការិយាល័យ DMH នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ។ (ស្វែងរកការិយាល័យតំបន់ DMH នៅ www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-221-0053 ឬអ៊ីម៉ែល dmhinfo@MassMail.State.MA.US ។)
- ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះព័ត៌មានដែលបានចេញផ្សាយរួចហើយនោះទេដោយអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះ។
- ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំទេនៅពេលដែលច្បាប់ផ្តល់ឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខ្ញុំនូវសិទ្ធិក្នុងការចូលរួមក្នុងបណ្តឹងទាមទារសំណងក្រោមគោលនយោបាយរបស់ខ្ញុំ។
- នៅពេលដែលព័ត៌មានខាងលើត្រូវបានចេញផ្សាយអ្នកទទួលបានប្តូរឡើងវិញហើយព័ត៌មានប្រហែលជាមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឬបទបញ្ជាការជនរបស់សហព័ន្ធឬរដ្ឋឡើយ។
- ការផ្តល់សិទ្ធិបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានកំណត់ខាងលើគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។
- ខ្ញុំមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលឬសេវាកម្មពី DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះផ្សេងទៀតកន្លែងឬទីភ្នាក់ងារ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយការខ្វះសមត្ថភាពក្នុងការចែករំលែកឬទទួលបានព័ត៌មានអាចរារាំង DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះកន្លែងឬភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ការថែទាំសមរម្យនិងចាំបាច់។

ការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់ (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទពេលវេលាឬព្រឹត្តិការណ៍) _____

ឬប្រសិនបើគ្មានអ្វីដែលត្រូវបានបញ្ជាក់វានឹងផុតកំណត់នៅពេលក្រោយ: (i) រយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា។ ឬ (ii) បើអាចអនុវត្តបាននៅពេលខ្ញុំលែងទទួលបានសេវាកម្មពី DMH ។

6. ហត្ថលេខា / លិខិតអនុញ្ញាត: ចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់ព័ត៌មានដូចមានចែងនៅខាងក្រោម។

X _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកឬហត្ថលេខាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះច្បាស់ៗរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា

ត្រូវការព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន:

ប្រភេទនៃសិទ្ធិអំណាច (ឧ។ តុលាការដែលបានតែងតាំងជាមាតាបិតាថែរក្សា): _____

ប្រសិនបើតុលាការបានតែងតាំងផ្តល់លិខិតស្នើសុំពីតុលាការ។

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អោយប្រើសំណុំរឿង****សងខាង****1. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ / អ្នកដាក់ពាក្យ**

ឈ្មោះ: _____ ឈ្មោះដ៏ទៃទៀត: _____

ផ្លូវ: _____ លេខផ្ទះ: _____

ទីក្រុង / ក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខកូដតំបន់: _____

លេខសូស្យល #: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

ទូរស័ព្ទ: _____

2. ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើ: ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត (DMH)

ទទួលនិងដោះស្រាយការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រពីបុគ្គលម្នាក់ទៅទីភ្នាក់ងារឬទីភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមដោយផ្ទាល់មាត់ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

បុគ្គល ទីភ្នាក់ងារឬអង្គភាព (ដូចជា ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ អ្នក ផ្តល់សេវាពិគ្រោះជំងឺ កម្មវិធី លំនៅដ្ឋាន ផ្សេងៗ)

អង្គភាពផ្តល់សិទ្ធិសេវាកម្ម DMH

ឈ្មោះ: _____

ឈ្មោះអ្នកត្រូវទទួល: _____

ផ្លូវ: _____

ក្រុង/ជំបន់: _____

រដ្ឋ / លេខកូដតំបន់: _____

ទូរស័ព្ទ: _____

ទូរសារ: _____

3. ពិនិត្យមើលដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានដែលអ្នកចង់ចែករំលែក: (ពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)☐ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសុខភាពនិងការព្យាបាលដោយចិត្តសាស្ត្រ អ្នកចិត្តសាស្ត្រ គិលានុបដ្ឋាយិកាសុខភាពផ្លូវចិត្ត គិលានុបដ្ឋាយិកាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកសង្គមកិច្ចដែលទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងអស់។☐ កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងស្រុង ដោយមិនរាប់បញ្ចូលកំណត់ត្រាចិត្តសាស្ត្រដែលទាមទារការអនុញ្ញាតដាច់ដោយឡែក☐ សេចក្តីសង្ខេបការចេញពីពេទ្យ☐ ផែនការព្យាបាល☐ ISPs & IAPs☐ តេស្តសរសៃប្រសាទ☐ ផ្ទេរកន្លែងសង្ខេប☐ ឯកសារចូលពេទ្យ☐ ការពិនិត្យរាងកាយ☐ របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍☐ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) / ព័ត៌មានបន្ថែម: _____**4. កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលអ្នកចង់ចែករំលែក: (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទឬជ្រើសរើសរយៈពេល 3****ឆ្នាំដោយការជ្រើសរើសប្រអប់ខាងក្រោម)**

កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ: ពី: _____ ទៅ: _____

ឬ ☐ សម្រាប់ រយៈពេល 3 ឆ្នាំមុនពេលកាលបរិច្ឆេទនៃការអនុញ្ញាតនេះ។

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អោយប្រើសេវាផ្សេងៗ

សងខាង

អ្នកជំងឺ / ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ : _____

5. សូមពិនិត្យមើលដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើមាននៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់អ្នក:
(ពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

- ☐ លទ្ធផលតេស្តអេដស៍ (ការអនុញ្ញាតឱ្យមានសម្រាប់ស្នើសុំនិមួយៗ។)
- ☐ កំណត់ត្រាអំពីការរំលោភបំពានគ្រឿងស្រវឹងនិងគ្រឿងញៀនត្រូវបានការពារដោយភាពសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធច្បាប់ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ច្បាប់របស់សហព័ន្ធហាមឃាត់ការបង្ហាញបន្ថែមទៀតនៃរឿងនេះព័ត៌មានលុះត្រាតែការលាតត្រដាងត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ដោយសរសេរការអនុញ្ញាត របស់បុគ្គលដែលវាពាក់ព័ន្ធឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ។

គោលបំណងនៃការប្រើ: ការផ្តល់សេវា

ខ្ញុំយល់ថា:

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកហូតសិទ្ធិនេះនៅពេលណាមួយ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតសិទ្ធិនេះខ្ញុំត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងបង្ហាញទៅ DMH នៅអាសយដ្ឋាន DMH ដែលមាននៅទីតាំងមួយឬការិយាល័យ DMH នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ។ (ស្វែងរកការិយាល័យតំបន់ DMH នៅ www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-221-0053 ឬអ៊ីម៉ែល dmhinfo@MassMail.State.MA.US ។)
- ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះព័ត៌មានដែលបានចេញផ្សាយរួចហើយនោះទេដោយអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះ។
- ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំទេនៅពេលដែលច្បាប់ផ្តល់ឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខ្ញុំនូវសិទ្ធិក្នុងការចូលរួមក្នុងបណ្តឹងទាមទារសំណងក្រោមគោលនយោបាយរបស់ខ្ញុំ។
- នៅពេលដែលព័ត៌មានខាងលើត្រូវបានចេញផ្សាយអ្នកទទួលបានប្តូរឡើងវិញហើយព័ត៌មានប្រហែលជាមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឬបទបញ្ជាការជនរបស់សហព័ន្ធឬរដ្ឋឡើយ។
- ការផ្តល់សិទ្ធិបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានកំណត់ខាងលើគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។
- ខ្ញុំមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលឬសេវាកម្មពី DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះផ្សេងទៀតកន្លែងឬទីភ្នាក់ងារ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយការខ្វះសមត្ថភាពក្នុងការចែករំលែកឬទទួលបានព័ត៌មានអាចរារាំង DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះកន្លែងឬភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ការថែទាំសមរម្យនិងចាំបាច់។

ការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់ (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទពេលវេលាឬព្រឹត្តិការណ៍) _____

ឬប្រសិនបើគ្មានអ្វីដែលត្រូវបានបញ្ជាក់វានឹងផុតកំណត់នៅពេលក្រោយ: (i) រយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា។ ឬ (ii)

បើអាចអនុវត្តបាននៅពេលខ្ញុំលែងទទួលបានសេវាកម្មពី DMH ។

6. ហត្ថលេខា / លិខិតអនុញ្ញាត: ចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់ព័ត៌មានដូចមានចែងនៅខាងក្រោម។

X _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកឬហត្ថលេខាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះច្បាស់ៗរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា

ត្រូវការព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន:

ប្រភេទនៃសិទ្ធិអំណាច (ឧ។ តុលាការដែលបានតែងតាំងជាមាតាបិតាថែរក្សា): _____

ប្រសិនបើតុលាការបានតែងតាំងផ្តល់លិខិតស្នើសុំពីតុលាការ។



COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ការប្រកាសអំពីការអនុវត្តឯកជន

ការជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអ្នក

អាចត្រូវបានប្រើនិងបង្ហាញ ហើយនិង

របៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ

សូមពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន

កាលបរិច្ឆេទដែលមានសុពលភាព: ថ្ងៃទី 15 ខែឧសភា ឆ្នាំ 2018

ភាពឯកជន

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត (DMH) ត្រូវបានទាមទារដោយច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ដើម្បីរក្សាភាពឯកជននិងសុវត្ថិភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នក (PHI)។ PHI រួមបញ្ចូលព័ត៌មានណាមួយ ដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកដែលបានផ្តល់សេវាផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកទទួល និងការចំណាយសម្រាប់ការថែទាំ សុខភាពរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានអំពីការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានបញ្ចូលនៅក្នុង PHI របស់អ្នក។

DMH ត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងនេះដើម្បីប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលវាអាចប្រើនិងបង្ហាញ PHI របស់អ្នកហើយប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នក។ DMH ត្រូវតែអនុវត្តតាមការអនុវត្តសិទ្ធិឯកជនដែលបានចែងនៅក្នុងសេចក្តី ជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពនាពេលបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្លួន។

ការផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ

DMH អាចផ្លាស់ប្តូរការអនុវត្តសិទ្ធិឯកជននិងលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនៅពេលណាមួយ។ ការផ្លាស់ប្តូរនឹងអនុវត្តចំពោះ PHI ដែល DMH មានរួចហើយនិង PHI ដែល DMH នឹងទទួលបាននាពេលអនាគត។ សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីសិទ្ធិឯកជននាពេលបច្ចុប្បន្នបំផុតនឹងត្រូវបានចុះផ្សាយនៅក្នុងទីតាំងនិងកម្មវិធី DMH នៅលើគេហទំព័រ DMH (www.state.ma.us/dmh) ហើយនឹងមានតាមការស្នើសុំ។ សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីសិទ្ធិឯកជនទាំងអស់នឹងត្រូវបានចុះកាលបរិច្ឆេទ។

របៀប DMH អាចប្រើនិងបង្ហាញព័ត៌មានរបស់អ្នក PHI

DMH អាចប្រើ PHI របស់អ្នកនៅក្នុងអង្គការ DMH និងបង្ហាញនៅខាងក្រៅអង្គការដោយគ្មានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងដូចខាងក្រោមនេះ៖

- 1. សម្រាប់ការព្យាបាល** - DMH អាចប្រើប្រាស់/បង្ហាញ PHI ទៅឱ្យគ្រូពេទ្យគិលានុបដ្ឋាយិកាអ្នករស់នៅឬសិស្សនិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនិងសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធរបស់អ្នក។ PHI របស់អ្នកនឹងត្រូវប្រើដើម្បីជួយក្នុងការអភិវឌ្ឍការព្យាបាលនិង/ឬផែនការសេវាកម្មរបស់អ្នកនិងដើម្បីធ្វើការពិនិត្យនិងវាយតម្លៃជាទៀងទាត់។ PHI អាចត្រូវបានបង្ហាញដល់គ្រូពេទ្យនិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានផ្តល់ការងារមន្ទីរពិសោធន៍ការពិគ្រោះយោបល់និងធាតុផ្សេងទៀតដែលត្រូវការសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ PHI នឹងត្រូវបានបង្ហាញដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់គោលបំណងបញ្ជូនអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មហើយបន្ទាប់មកសម្រាប់សម្របសម្រួលនិងផ្តល់សេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។
- 2. សម្រាប់ការបង់ប្រាក់** - DMH អាចប្រើប្រាស់/បង្ហាញ PHI របស់អ្នកដើម្បីរក្សាប័ត្រនិងប្រមូលការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ DMH អាចនឹងចេញផ្ទៃកណ្តាមួយនៃ PHI របស់អ្នកទៅកម្មវិធី Medicaid ឬ Medicare ឬភាគីបង់ប្រាក់ភាគីទីបីដើម្បីកំណត់ថាតើពួកគេនឹងធ្វើការទូទាត់ដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រមជាមុននិងដើម្បីគាំទ្រដល់ការទាមទារឬរឹកយប័ត្រណាមួយ។
- 3. សំរាប់ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព** - DMH អាចប្រើប្រាស់/ផ្សព្វផ្សាយ PHI ដើម្បីគាំទ្រដល់សកម្មភាពនានាដូចជាការធ្វើផែនការណ៍កម្មវិធីការគ្រប់គ្រងនិងសកម្មភាពរដ្ឋបាលការធានាគុណភាពការទទួលនិងការឆ្លើយតបទៅនឹងពាក្យបណ្តឹងកម្មវិធីអនុលោមតាមច្បាប់ (ឧ. Medicare) ការធ្វើសវនកម្មការបណ្តុះបណ្តាលនិងការផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាព អ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំនិងវិញ្ញាបនប័ត្រនិងការទទួលស្គាល់គុណភាពអប់រំ (ឧ. គណៈកម្មការរួម) ។
- 4. ការរំលឹកអំពីការណាត់ជួប** - DMH អាចប្រើ PHI ដើម្បីរំលឹកអ្នកអំពីការណាត់ជួបឬការណែនាំឬដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានអំពីជម្រើសព្យាបាលឬអត្ថប្រយោជន៍និងសេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចចាប់អារម្មណ៍។

5. **អ្នកជំនាញការអាជីវកម្ម** - DMH អាចប្រើប្រាស់/បង្ហាញ PHI ដល់អ្នកម៉ៅការភ្នាក់ងារនិងអ្នកជំនាញដទៃទៀតដែលត្រូវការព័ត៌មានដើម្បីជួយដល់ DMH ដោយទទួលបានការទូទាត់ឬប្រតិបត្តិការអាជីវកម្មរបស់ខ្លួន។ ប្រសិនបើ DMH បង្ហាញ PHI របស់អ្នកទៅឱ្យអ្នកជំនាញ DMH នឹងមានកិច្ចសន្យាជាលាយលក្ខណ៍អក្សររួមជាមួយដៃគូជំនាញនោះដើម្បីធានាថាវាក៏ការពារ PHI របស់អ្នកផងដែរ។

6. **ក្រុមគ្រួសារនិងមិត្ត/បព្វជិតភាព** - DMH អាចបង្ហាញពីចំនួនកំណត់នៃ PHI សម្រាប់គោលបំណងដូចខាងក្រោម៖
 - **បព្វជិត** - បើអ្នកយល់ព្រមតាមពាក្យសុំឬបើមិនដូច្នោះទេទំនាក់ទំនងសាសនារបស់អ្នកអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់បព្វជិត។
 - **ចំពោះក្រុមគ្រួសារមិត្តភក្តិឬអ្នកដទៃ** - ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមឬមិនប្រឆាំង PHI អាចត្រូវបានបង្ហាញដល់អ្នកដែលចូលរួមក្នុងការថែទាំឬការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការចូលរួមរបស់ពួកគេក្នុងការថែទាំឬការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។

7. **ទាមទារដោយច្បាប់** - DMH អាចប្រើ/លាតត្រដាង PHI ដែលតម្រូវដោយច្បាប់ដូចជាវាយការណ៍ពីបទឧក្រិដ្ឋដែលប្រព្រឹត្តឡើងនៅលើបរិវេណរបស់ខ្លួន។ អនុលោមតាមដីកាតុលាការ រាយការណ៍អំពីការបំពានឬការធ្វេសប្រហែសរបស់កុមារនិងស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែល DMH តម្រូវឱ្យធ្វើបាយការណ៍និង/ឬបង្ហាញ PHI ដោយអនុលោមតាមលក្ខន្តិកៈឬបទបញ្ជា។

8. **បណ្តឹងនិងវិវាទ** - ប្រសិនបើអ្នកនាំយកនូវវិធានការផ្លូវច្បាប់ឬនីតិវិធីផ្សេងទៀតប្រឆាំងនឹង DMH ឬនិយោជិកឬភ្នាក់ងាររបស់យើងយើងអាចប្រើនិងបង្ហាញ PHI ដើម្បីការពារខ្លួនយើង។

9. **គោលបំណងផ្សេងទៀត** - DMH អាចប្រើ/លាតត្រដាង៖
 - សម្រាប់ដំណើរការអាណាព្យាបាលឬការប្តេជ្ញាចិត្តនៅពេល DMH គឺជាពិធីជប់លៀងមួយ។
 - សម្រាប់កិច្ចដំណើរការនីតិវិធីតុលាការនិងរដ្ឋបាលផ្សេងទៀតប្រសិនបើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ត្រូវបានឆ្លើយតប។
 - ដល់អាជ្ញាធរសុខភាពសាធារណៈដែលទទួលបានរបាយការណ៍អំពីការរំលោភបំពានឬការមិនយកចិត្តទុកដាក់។
 - សម្រាប់គោលបំណងសេរីដេរដោយធ្វើតាមការពិនិត្យសាឡើងវិញដ៏តឹងរឹង
 - ដើម្បីទប់ស្កាត់ការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរនិងជិតស្និទ្ធទៅនឹងសុខភាពឬសុវត្ថិភាព;
 - ចំពោះអ្នកដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំរបស់អ្នកក្នុងស្ថានភាពអាសន្នប្រសិនបើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ត្រូវបានឆ្លើយតប។

- ចំពោះស្ថាប័នកែតម្រូវប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកទោសឬអ្នកត្រូវបានឃុំខ្លួនដោយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់យើងអាចបង្ហាញ PHI របស់អ្នកទៅកាន់មន្ត្រីពន្ធនាគារឬមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ប្រសិនបើចាំបាច់ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំសុខភាពឬដើម្បីរក្សាសន្តិសុខសុវត្ថិភាពនិងសណ្តាប់ធ្នាប់ល្អ នៅកន្លែងដែលអ្នកត្រូវបានបង្ខាំង;
- អនុញ្ញាតឱ្យមន្ត្រីសុខាភិបាលសាធារណៈអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួមសកម្មភាពសុខភាពសាធារណៈដូចជាតាមដានជំងឺនិងរាយការណ៍ស្ថិតិសំខាន់ៗ។
- ចំពោះភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលមានសិទ្ធិធ្វើសវនកម្មការស៊ើបអង្កេតនិងការត្រួតពិនិត្យកន្លែងរបស់យើង។
ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទាំងនេះពិនិត្យមើលប្រតិបត្តិការនៃប្រព័ន្ធថែរក្សាសុខភាពកម្មវិធីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍របស់រដ្ឋាភិបាលដូចជា Medicare និង Medicaid និងការគោរពចំពោះកម្មវិធីនិយតកម្មរបស់រដ្ឋាភិបាលនិងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិល។
- ចំពោះបណ្តឹងទាមទារសំណងរបស់កម្មករនិយោជិត
- សម្រាប់មុខតំណែងរដ្ឋាភិបាលឯកទេសមួយចំនួនប្រសិនបើមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ត្រូវបានបំពេញ។ និង
- នៅក្នុងព្រឹត្តិការណ៍អកុសលនៃការស្លាប់របស់អ្នកយើងអាចបង្ហាញ PHI របស់អ្នកទៅអ្នកស្នេហាអ្នកពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រអ្នកដឹកនាំពិធីបុណ្យសពនិងអង្គការលទ្ធកម្មសរីរាង្គនិងសរីរាង្គមួយចំនួន។

ការប្រើប្រាស់/ការលាតត្រដាងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតពិសេស

DMH ត្រូវបានតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នកសម្រាប់ការប្រើប្រាស់/ការលាតត្រដាងព័ត៌មានហួសពីការព្យាបាលការបង់ប្រាក់និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពលើកលែងតែមានករណីលើកលែងដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតនៅពេលណាមួយប្រសិនបើអ្នកធ្វើដូច្នេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការលុបចោលនឹងបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់/ការបង្ហាញព័ត៌មាននាពេលអនាគតលើកលែងតែវិសាលភាពដែល DMH បានធ្វើដោយផ្អែកលើការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ការអនុញ្ញាតត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ភាគច្រើននិងការលាតត្រដាងនៃកំណត់ត្រាចិត្តសាស្ត្រ (ទាំងនេះគឺជាកំណត់សម្គាល់ថាអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាមួយចំនួនរក្សាថាជាតម្រូវការណាត់ជួបរបស់អ្នកជាមួយពួកគេហើយមិនត្រូវបានរក្សាទុកនៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក) និងព័ត៌មានពន្ធុមួយចំនួនទោះបីជាការលាតត្រដាងត្រូវបានធ្វើឡើងសម្រាប់ការព្យាបាលការបង់ប្រាក់ឬគោលបំណងនៃការថែទាំសុខភាពដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ។

ទោះបីជាប្រភេទនៃការប្រើប្រាស់/ ការបង្ហាញព័ត៌មានដូចខាងក្រោមមិនត្រូវបានពិចារណាដោយ DMH

ក៏ដោយយើងចាំបាច់ត្រូវជូនដំណឹងដល់អ្នកថាការប្រើប្រាស់ការបង្ហាញ PHI សម្រាប់ការធ្វើទីផ្សារដែលពាក់ព័ន្ធនឹងប្រាក់ខែដល់ DMH

នឹងត្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាត។ ដូចគ្នានេះដែរដើម្បីលក់ PHI DMH ត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាត។ DMH នឹងមិនប្រើបង្ហាញ PHI

របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងៗទៀត។

សិទ្ធិរបស់អ្នកទាក់ទងនឹង PHI របស់អ្នក

អ្នកឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- ស្នើសុំ DMH ប្រើអាស័យដ្ឋានជាក់លាក់ឬលេខទូរស័ព្ទដើម្បីទាក់ទងអ្នក។ DMH នឹងព្យាយាមបំពេញនូវរាល់សំណូមពរសមស្របទាំងអស់។
- ទទួលបានតាមការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះឬការកែតម្រូវនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបើទោះបីជាអ្នកយល់ព្រមទទួលយកអេឡិចត្រូនិកក៏ដោយ។
- ពិនិត្យនិងស្នើសុំចម្លងច្បាប់ PHI ដែលប្រើដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។ នៅពេលដែលរក្សាទុកកំណត់ត្រាអេឡិចត្រូនិក អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងអេឡិចត្រូនិក។ ការទទួលបានកំណត់ត្រារបស់អ្នកអាចត្រូវបានរឹតត្បិតនៅក្នុងកាលៈ ទេសៈកំណត់។ ប្រសិនបើ DMH បដិសេធសំណើរបស់អ្នកទាំងមូលឬមួយផ្នែកអ្នកអាចស្នើសុំការបដិសេធនេះត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ។ ថ្លៃឈ្នួលអាចត្រូវបានគិតប្រាក់ពីការចម្លងនិងការផ្ញើសារ។ ជាធម្មតា DMH នឹងឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើត្រូវការពេលបន្ថែមដើម្បីឆ្លើយតប DMH នឹងជូនដំណឹងអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃដើម្បីពន្យល់ពីហេតុផលសម្រាប់ការពន្យារពេលនិងចង្អុលបង្ហាញនៅពេលអ្នកអាចរំពឹងនូវចម្លើយចុងក្រោយសម្រាប់សំណើរបស់អ្នក។ សំណើនេះត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ស្នើសុំការបន្ថែមឬការកែតម្រូវចំពោះ PHI របស់អ្នក។ DMH មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យយល់ព្រមតាមសំណើបែបនេះទេ។ ប្រសិនបើវាមិនអនុលោមតាមសំណូមពររបស់អ្នកទេ DMH នឹងប្រាប់អ្នកថាហេតុអ្វីបានជាសរសេរជាស្ថាពរក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃហើយជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិជាក់លាក់របស់អ្នកនៅក្នុងព្រឹត្តិការណ៍នោះ។ ប្រសិនបើត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីឆ្លើយតប DMH នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃដើម្បីពន្យល់ពីហេតុផលសម្រាប់ការពន្យារពេលនិងចង្អុលបង្ហាញនៅពេលអ្នកអាចរំពឹងនូវចម្លើយចុងក្រោយសម្រាប់សំណើរបស់អ្នក។ សំណើនេះត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ស្នើសុំគណនេយ្យអំពីការបង្ហាញព័ត៌មាន (រហូតមកដល់ប្រាំមួយឆ្នាំ) ដែលនឹងកំណត់អត្តសញ្ញាណយោងទៅតាមច្បាប់ដែលអាចអនុវត្តបានមនុស្សឯកការមួយចំនួនដែល DMH បានបង្ហាញ PHI របស់អ្នកនិងមូលហេតុ។ គណនេយ្យមួយនឹងមិនរាប់បញ្ចូលការលាតត្រដាងដែលមាន (1) បានធ្វើឡើងចំពោះអ្នកឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ (2) បានអនុញ្ញាតឬយល់ព្រមពីអ្នក (3) ធ្វើសំរាប់ការព្យាបាលការបង់ប្រាក់និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។ និង (4) មួយចំនួនដែលត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់ត្រូវបានធ្វើឡើង។ ជាធម្មតា DMH នឹងឆ្លើយ

តបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីឆ្លើយតប DMH នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃដើម្បីពន្យល់ពីហេតុផលសម្រាប់ការពន្យារពេលនិងចង្អុលបង្ហាញនៅពេលអ្នកអាចរំពឹងទុកឆ្លើយចុងក្រោយសម្រាប់សំណើរបស់អ្នក។ សំណើនេះត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

- ស្នើសុំ DMH រឹតបន្តឹងថាតើវាប្រើប្រាស់ PHI របស់អ្នក។ DMH មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យយល់ព្រមចំពោះការកំហិតបែបនេះទេលើកលែងតែថាប្រសិនបើអ្នកឬអ្នកណាម្នាក់ក្នុងនាមអ្នកបង់ថ្លៃសេវាឬសម្ភារៈថែទាំសុខភាពហួសពីហោប៉ៅពេញលេញនោះ DMH នឹងយល់ព្រមមិនបង្ហាញ PHI ដែលទាក់ទងតែទៅនឹង សេវាឬវត្ថុជាមួយផែនការសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងនៃការចំណាយឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពលើកលែងតែ DMH ត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់ដើម្បីបង្ហាញ PHI នោះ។ សំណើនេះត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការស្នើសុំខាងលើអាចត្រូវបានធ្វើឡើងនៅឬបញ្ជូនទៅមណ្ឌលឬការិយាល័យ DMH ណាមួយ។

រក្សាទុកកំណត់ត្រា

កំណត់ត្រាបុគ្គលរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកយ៉ាងហោចណាស់ 20 ឆ្នាំចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយដែលអ្នកទទួលបានសេវាពីមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺ DMH និង/ឬពីសេវាកម្មសហគមន៍ DMH ។ បន្ទាប់ពីពេលនោះកំណត់ត្រារបស់អ្នកអាចត្រូវបានបំផ្លាញ។

រំលោភលើ PHI

DMH នឹងជូនដំណឹងអ្នកប្រសិនបើការរំលោភបំពានលើ PHI ដែលមិនមានសុវត្ថិភាពរបស់អ្នកកើតឡើង។

បណ្តឹង

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាសិទ្ធិឯកជនឬសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នកត្រូវបានរំលោភបំពានឬអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងអ្នកអាចទាក់ទង៖ មន្ត្រីភាពឯកជន

DMH, នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, អ៊ីម៉ែល:

DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Phone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8242. ពាក្យបណ្តឹងត្រូវធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ទូរស័ព្ទ: 617-626-8160, ទូរសារ: 617-626-8242 ។ ពាក្យបណ្តឹងត្រូវធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅអគ្គលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាកម្មមនុស្សការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សសហរដ្ឋអាមេរិកអគ្គការសហព័ន្ធ JFK បន្ទប់ 1875, Boston, MA 02203 ។

គ្មាននរណាម្នាក់អាចសងសឹកប្រឆាំងនឹងអ្នកចំពោះការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឬសម្រាប់ការអនុវត្តសិទ្ធិរបស់អ្នកដូចដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះទេ។

ភាពឯកជនព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការអនុវត្តសិទ្ធិឯកជនរបស់ DMH ឬប្រសិនបើអ្នកចង់អនុវត្តសិទ្ធិរបស់អ្នកអ្នកអាចទាក់ទង៖

មន្ត្រីភាពឯកជន DMH នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត, ផ្លូវ 25 Staniford Street, Boston, MA 02114 អ៊ីម៉ែល៖

DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, ទូរស័ព្ទ៖ 617-626-8160, ទូរសារ៖ 617-626-8131 ។

ពាក្យបណ្តឹងត្រូវធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យកត់ត្រារបស់មន្ទីរពេទ្យ DMH ជានាយកកម្មវិធី DMH (សម្រាប់កំណត់ត្រាកម្មវិធីនោះ)

ការិយាល័យគេហទំព័ររបស់អ្នក (សម្រាប់កំណត់ត្រាគ្រប់គ្រងករណី) ឬមន្ត្រីសិទ្ធិមនុស្សនៅមន្ទីរឬកម្មវិធីរបស់អ្នកសម្រាប់

ព័ត៌មានបន្ថែមឬជំនួយ។

ព័ត៌មានទាក់ទង DMH

ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានផ្សេងទៀត (មិនទាក់ទងឯកជនភាព) អំពី DMH និងសេវាកម្មរបស់ខ្លួនអ្នកអាចទាក់ទង៖ ព័ត៌មាន

DMH, នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, អ៊ីម៉ែល៖ dmhinfo@state.ma.us, ទូរស័ព្ទ៖

800-221-0053, ទូរសារ៖ (617) 626-8131 ។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងនាយកកម្មវិធី DMH

របស់អ្នកការិយាល័យគេហទំព័ររបស់អ្នកឬមន្ត្រីសិទ្ធិមនុស្សនៅកន្លែងឬកម្មវិធីរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬជំនួយ។