ពាក្យស្នើសុំបើកចំហ ឆ្នាំ 2021

កម្មវិធីអនុគ្រោះសម្រាប់កុមារអូទីសឹម

នាយកដ្ឋានអូទីសឹមនៃក្រសួងសេវាកម្មផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍លូតលាស់

617-624-7778

សូមរាយបញ្ចូលនៅក្នុងទម្រង់បែបបទ

ឈ្មោះកុមារ	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កុមារ	
សន្តិសុខសង្គមរបស់កុមារ # **តម្រូវឱ្យមាន**	
MassHealth របស់កុមារ **# តម្រូវឱ្យមាន**	
ប្រភេទជានាវាំប់រង MassHealth របស់កុមារ៖ សូមគូសរង្វង់	សុខភាពទូទៅ ស្តង់ដារ ឯកជន ផ្សេងទៀត
ភេទរបស់កុមារ៖ *សូមសរសេរ - ប្រុស ឬ ស្រី*	
អាសយដ្ឋានផ្ទើសំបុត្រ	
ទីក្រុង រដ្ឋ លេខហ្ស៊ីបកូដ	
ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល	
តើលោកអ្នកចង់និយាយអំពីកូនរបស់លោកអ្នកជាភាសាអ្វី?*	
តើលោកអ្នកចង់ទទួលឯកសារជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការថែទាំរបស់កូនលោកអ្នកជាភាសាអ្វី?*	
លេខទូរសព្ទឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល (ទូរសព្ទដៃ និងលេខផ្សេងទៀត)	
អ៊ីមែលឪពុកម្តាយ	

**ការបកប្រែឯកសារ និងការបកប្រែផ្ទាល់មាត់មិនគិតថ្លៃទេសម្រាប់អ្នកចូលរួម។*

តើកុមារមានសំបុត្រធ្វើរោគវិច្ច័យដែលមានការបញ្ជាក់ពីជំងឺអូទីសឹមពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬពីពេទ្យផ្នែកចិត្តសាស្ត្រឬទេ?

☐ **មាន** ☐ **គ្មានេ** **សូមក្ន ភ្ជាប់កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ / ឯកសារផ្សេងទៀតណាមួយនៅពេលនេះ។**

សូមរាយឈ្មោះស្ថានភាពសុខភាព ការយល់ដឹង

ឬស្ថានភាពផ្នែកសតិដែលពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់កូនរបស់លោកអ្នក៖

b

ខ្ញុំ (ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ) បានបំពេញទម្រង់បែបបទនេះយ៉ាងត្រឹមត្រូវ និងដោយពិតប្រាកដតាមចំណេះដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលដែលតម្រូវឱ្យមាន៖ កាលបរិច្ឆេទ៖

<u>របៀបចូលរួមក្នុងដំណើរការស្នើសុំ៖</u>

ពាក្យសុំតែមួយប៉ុណ្ណោះសម្រាប់កុមារម្នាក់—ទម្រង់បែបបទច្រើននឹងត្រូវបានបោះចោល។ **ផ្ទើចូលតែទម្រង់បែបបទនេះប៉ុណ្ណោះ**

ដើម្បីដាក់ពាក្យ – កុំផ្ទើចូលអ្វីមួយផ្សេងនៅពេលនេះ។ យើងនឹងទាក់ទងទៅលោកអ្នក ប្រសិនបើត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

បញ្ជូនទម្រង់បែបបទពាក្យសុំ៖ តាមសំបុត្រ

- **រាល់ពាក្យសុំទាំងអស់ត្រូវមានត្រាប្រៃសណីយ៍/ត្រាកាលបរិច្ឆេទចន្លោះថ្ងៃទី 15 ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែតុលា ឆ្នាំ 2021**
- សូមបំពេញទម្រង់បែបបទដោយប្រើប៊ិក និង**សរសេរឱ្យបានច្បាស់**
- សូមផ្ទើទម្រង់បែបបទតាមសំបុត្រទៅកាន់៖ *(នាយកដ្ឋានអូទីសឹមមិនអាចទទួលទម្រង់បែបបទដែលយកទៅប្រគល់ឱ្យដោយផ្ទាល់ទេ)*

នាយកដ្ឋានអូទីសឹមនៃក្រសួងសេវាកម្មផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍លូតលាស់ ជូនចំពោះ៖
ទម្រង់បែបបទផលប្រយោជន៍បើកទូលាយនៃកម្មវិធីអនុគ្រោះសម្រាប់កុមារអូទីសឹម
1000 Washington Street, Boston, MA 02118

បញ្ជូនទម្រង់បែបបទពាក្យសុំ៖ តាមអ៊ីមែល

- ពាក្យសុំទាំងអស់ត្រូវតែបានផ្ទើតាមអ៊ីមែលទៅកាន់ AutismDivision@mass.gov ចន្លោះ **ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 30 ខែតុលា ឆ្នាំ 2021**
- **រាល់ពាក្យសុំទាំងអស់ត្រូវផ្ទើដោយផ្ទាល់ពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលតែប៉ុណ្ណោះ**
- ទម្រង់អាចត្រូវបានបំពេញតាមអេឡិចត្រូនិក ឬបោះពុម្ពចេញ និងបំពេញឱ្យបានច្បាស់ដោយប្រើប៊ិក រួចស្កេនចូលក្នុងអ៊ីមែល
- ទម្រង់បែបបទអាចផ្ទើតាមទម្រង់ខាងក្រោម៖ PDF (ចង់បាន), JPG បើអាចមើលច្បាស់
  - ប្រសិនបើបំពេញនៅលើទូរសព្ទឆ្លាតវៃ/ថេប្លិត សូមទាញយកកម្មវិធីស្កេនឥតគិតថ្លៃ រួចផ្ទើតាមឯកសារ PDF