

ពាក្យស្នើសុំជាសាធារណៈឆ្នាំ 2020

កម្មវិធីលើកលែងជំងឺអូទីស្ទិម

ផ្នែកជំងឺអូទីស្ទិមនៃនាយកដ្ឋានសេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍

617-624-7518

សូមវាយបញ្ចូលទៅក្នុងទម្រង់បែបបទ ឬសរសេរជាអក្សរធំឲ្យបានច្បាស់ដោយប្រើប៊ិច



ឈ្មោះកុមារ	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតកុមារ	
លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់កុមារ # ចាំបាច់	
លេខ MassHealth របស់កុមារ # ចាំបាច់	
ប្រភេទការធានារ៉ាប់រង MassHealth របស់កុមារ៖ សូមគូសរង្វង់	CommonHealth ស្តង់ដារ ឯកជន ផ្សេងទៀត
ភេទកុមារ៖ សូមសរសេរ ប្រុស ឬស្រី	
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍	
ទីក្រុង រដ្ឋ Zip កូដ	
ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល	
តើអ្នកចង់និយាយអំពីកូនរបស់អ្នកដោយប្រើភាសាអ្វី?*	
តើអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការថែទាំរបស់កូនអ្នកជាភាសាអ្វី?*	
លេខទូរសព្ទមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល (ទូរសព្ទចល័ត និងផ្សេង)	
អ៊ីមែលមាតាបិតា	

*ការបកប្រែឯកសារ និងការបកប្រែផ្ទាល់មាត់គឺឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកចូលរួម។

តើកុមារមានឯកសារវិនិច្ឆ័យភាពជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីជំងឺអូទីស្ទិម (Autism Spectrum Disorder) ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យចិត្តសាស្ត្រដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ សូមភ្ជាប់កំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឯកសារផ្សេងទៀតណាមួយនៅពេលនេះ។

សូមរៀបរាប់លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ការចងចាំ ឬសតិពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដែលប៉ះពាល់ដល់កូនរបស់អ្នក៖

ខ្ញុំ (មាតាបិតា/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ) បានបំពេញទម្រង់បែបបទនេះយ៉ាងត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ តាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ចាំបាច់៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
---------------------------------------	--------------

របៀបចូលរួមក្នុងនីតិវិធីស្នើសុំ៖
ពាក្យសុំតែមួយច្បាប់ប៉ុណ្ណោះក្នុងកុមារម្នាក់—ទម្រង់បែបបទច្រើនច្បាប់នឹងត្រូវបោះបង់។ ធ្វើតែទម្រង់បែបបទនេះប៉ុណ្ណោះដើម្បីដាក់ពាក្យ – កុំធ្វើអ្វីផ្សេងនៅពេលនេះ។ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នក បើសិនជាត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

- ដាក់ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំ៖ តាមប្រអប់សំបុត្រ
- ពាក្យសុំទាំងអស់ត្រូវតែមានត្រាប្រៃសណីយ៍/តែមកាលបរិច្ឆេទចន្លោះថ្ងៃទី 16 ខែតុលា - ថ្ងៃទី 31 ខែតុលាឆ្នាំ 2020។
 - សូមបំពេញទម្រង់បែបបទដោយប្រើប៊ិច និងសរសេរជាអក្សរធំឲ្យបានច្បាស់។
 - សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទតាមប្រអប់សំបុត្រទៅកាន់៖ (ផ្នែកជំងឺអូទីស្ទិមមិនអាចទទួលទម្រង់បែបបទដែលបញ្ជូនផ្ទាល់ដៃបានទេ)

AUTISM DIVISION of DDS, Att. Autism Waiver Program Open Interest Form
 500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118

- ដាក់ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំ៖ តាមអ៊ីមែល
- ពាក្យសុំទាំងអស់ត្រូវតែផ្ញើតាមអ៊ីមែលទៅកាន់ AutismDivision@state.ma.us ចន្លោះ ថ្ងៃទី 16 ខែតុលាឆ្នាំ 2020 – ថ្ងៃទី 31 ខែតុលាឆ្នាំ 2020
 - ពាក្យសុំទាំងអស់ត្រូវតែផ្ញើដោយផ្ទាល់ពីមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលប៉ុណ្ណោះ
 - ទម្រង់បែបបទអាចត្រូវបានបំពេញតាមបែបអេឡិចត្រូនិក ឬបោះពុម្ព រួចបំពេញយ៉ាងច្បាស់ដោយប្រើប៊ិច និងស្ដេនទៅក្នុងអ៊ីមែល។
 - ទម្រង់បែបបទ អាចត្រូវបានផ្ញើក្នុងទម្រង់ដូចខាងក្រោម៖ PDF (ជាការល្អ) JPG បើសិនជាមើលឃើញច្បាស់
 - បើសិនជាបំពេញលើទូរសព្ទឆ្លាតវៃ/ថ្ងៃត្រង់ ចូរទាញយកកម្មវិធីស្ដេនឥតគិតថ្លៃ និងផ្ញើតាមឯកសារ PDF