



ការិយាល័យប្រតិបត្តិសេវាសុខភាពនិងមនុស្ស
 នាយកដ្ឋានសេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍
រដ្ឋ នៃ MASSACHUSETTS
 1000 WASHINGTON STREET, BOSTON, MA 02118
 (617) 727-5608

MAURA T. HEALEY
 អភិបាល

MARY A. BECKMAN
 លេខាធិការស្តីទី

KIMBERLEY DRISCOLL
 អភិបាលរង

JANE F. RYDER
 ស្នងការ

កម្មវិធីការពារលំនៅដ្ឋាន DDS /DESE
សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីរយៈពេលបើកចំណាប់អារម្មណ៍

ជូនចំពោះគ្រួសារ,

កម្មវិធីការពារលំនៅដ្ឋាន DDS /DESE គឺជាការសហការរវាងនាយកដ្ឋានបឋមសិក្សា និងមធ្យមសិក្សា (DESE) និងនាយកដ្ឋានសេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍ (DDS) សម្រាប់សិស្សដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន DDS ដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យដាក់ក្នុងលំនៅដ្ឋាននាពេលអនាគត។

កម្មវិធីនេះផ្តល់ជូនសិស្ស និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេនូវ៖

- ឱកាសទទួលបានជំនួយក្នុងផ្ទះ រួមទាំងអ្នកព្យាបាលកម្រិតជាន់ខ្ពស់ និងអ្នកបណ្តុះបណ្តាលជំនាញ
- ភ្នាក់ងាររុករកដែលខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងជួលបុគ្គលិក
- ការអភិវឌ្ឍន៍ជំនាញពេញមួយជីវិត
- ឱកាសដើម្បីអនុវត្តជំនាញក្នុងការរៀបចំផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។

រយៈពេលបើកចំណាប់អារម្មណ៍នេះ ត្រូវបានផ្តល់ជូនដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីសិស្សនិងក្រុមគ្រួសារដែលមានចំណាប់ អារម្មណ៍។ កម្មវិធីការពារលំនៅដ្ឋាន DDS /DESE គឺជិតពេញកន្លែង។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកចូលរួមថ្មីត្រូវបានបញ្ជូលពីបញ្ជីចំណាប់អារម្មណ៍ នៅពេលដែលមានកន្លែងទំនេរ។

វាជាអាទិភាពសម្រាប់កម្មវិធីការពារលំនៅដ្ឋាន DDS/DESE ដើម្បីធានាថាដំណើរការស្នើសុំការចូលរួមកម្មវិធីគឺអាចចូលដំណើរការបានយ៉ាងពេញលេញដោយគ្រួសារនិងកុមារទាំងអស់ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្ម DDS ហើយរួមបញ្ចូលភាសា និងវប្បធម៌ចម្រុះ។

សំណេរឯកសារមានជាភាសាដូចខាងក្រោម៖

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------|
| • ភាសាអារ៉ាប់ | • ភាសាក្រេអូល ហៃទី | • ភាសាចិន |
| • ភាសាចិនកាតាំង | • ភាសាខ្មែរ | • ភាសាស្នូម៉ាលី |
| • ភាសា យេប វើឌីន ក្រេអូល | • ភាសានេប៉ាល់ | • ភាសាអេស្ប៉ាញ |
| • ភាសាអង់គ្លេស | • ភាសាព័រទុយហ្គាល់ (ប្រេស៊ីល) | • ភាសារឿតណាម |

កម្មវិធី DESE/DDS បានផ្លាស់ប្តូរទៅជាប្រព័ន្ធអនឡាញ ដើម្បីប្រមូលឈ្មោះសិស្សដែលចាប់អារម្មណ៍ក្នុងកម្មវិធីនេះ។ សូមចូលទៅ បញ្ជូនចំណាប់អារម្មណ៍តាមអ៊ីនធឺណិតនៅទីនេះ ឬតាមរយៈ QR code ខាងក្រោម៖ <https://forms.office.com/g/QwjhjkQPzy>

ទម្រង់បែបបទជាក្រដាសអាចចូលប្រើ និងព្រិនពិភេហទំព័រ Mass.gov ។ ទម្រង់បែបបទជាក្រដាសអាចត្រូវបានធ្វើតាមអ៊ីមែល។ ការណែនាំអាចរកបាននៅលើទម្រង់បែបបទ។ សូមចូលរកទម្រង់បែបបទជាក្រដាសនៃចំណាប់អារម្មណ៍នៅទីនេះ: ឬតាមរយៈកូដ QR ខាងក្រោម: <https://www.mass.gov/dese-dds-program>

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មដែលកូនរបស់អ្នកអាចចូលប្រើបាន សូមចូលទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយគ្រួសារក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ បញ្ជីមជ្ឈមណ្ឌលបច្ចុប្បន្នអាចរកបានដោយចូលទៅ: <https://www.mass.gov/dds-family-support>

ការក្រើនរំលឹក: ការបង្ហាញចំណាប់អារម្មណ៍នៅក្នុងកម្មវិធី មិនមែនជាការធានានឹងទទួលយក ឬចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីនេះទេ ហើយការផ្តល់មូលនិធិទាំងអស់អាចមានការផ្លាស់ប្តូរ។



QR កូដ កម្មវិធី DESE/DDS ការពិពណ៌នា និងទម្រង់បែបបទជាក្រដាសបើកចំណាប់អារម្មណ៍



QR កូដ កម្មវិធី DESE/DDS បញ្ជូនការបើកចំណាប់អារម្មណ៍តាមអ៊ីនធឺណិត



QR កូដ មជ្ឈមណ្ឌលគាំទ្រគ្រួសារ

ការបង្ហាញចំណាប់អារម្មណ៍នៅក្នុងកម្មវិធី មិនមែនជាការធានានឹងទទួលយក ឬចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីនេះទេ ហើយការផ្តល់មូលនិធិទាំងអស់អាចមានការផ្លាស់ប្តូរ។



ក្រសួង អភិវឌ្ឍន៍សេវាកម្ម

ទម្រង់បែបបទចំណាប់អារម្មណ៍កម្មវិធីការពារលំនៅដ្ឋាន DSS/DDS ឆ្នាំ

ក្រសួងអប់រំបឋមសិក្សា និងមធ្យមសិក្សា/ក្រសួង អភិវឌ្ឍន៍សេវាកម្ម

ការពិពណ៌នាកម្មវិធី កម្មវិធី DSS/DDS គឺជាកម្មវិធីឱបក្រសោបដែលត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រយ៉ាងល្អិតល្អន់ដល់គ្រួសារ និងគេហដ្ឋាន ដើម្បីកាត់បន្ថយតម្រូវការក្នុងការរកកន្លែងស្នាក់នៅដែលមានគុណភាពសម្រាប់សិស្ស។ សិស្សធ្វើកិច្ចការនៅផ្ទះរបស់ពួកគេជាមួយគ្រូបង្ហាត់ដំនាល និងអ្នកព្យាបាលផ្សេងទៀតដើម្បីអភិវឌ្ឍជំនាញពេញមួយជីវិត។

សូមបំពេញប្រសិនបើសិស្សរបស់អ្នកគឺ៖

1. បច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីសាលាដែលបានអនុម័តតាមរយៈមណ្ឌលសាលារៀនក្នុងមូលដ្ឋាន
2. អាយុចន្លោះពី 6 ទៅ 21 ឆ្នាំ
3. បច្ចុប្បន្នកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសារ ឬកន្លែងអ្នកផ្តល់ការថែទាំ

សូមវាយបញ្ចូលចម្លើយ ឬសរសេរឱ្យបានច្បាស់ (ប្រើទឹកប៊ិកតំណខៀវឬខ្មៅ)៖

ឈ្មោះសិស្ស				
ឈ្មោះឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល				
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់សិស្ស				
រោគវិនិច្ឆ័យបឋមរបស់សិស្ស				
អាសយដ្ឋានចម្បងរបស់សិស្ស៖	អាសយដ្ឋានផ្លូវទី 1៖			
	អាសយដ្ឋានផ្លូវទី 2៖			
	ក្រុង/ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖ MA		
	លេខកូដប្រៃសណីយ៍៖			
លេខទូរស័ព្ទចម្បងរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល				
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលចម្បងរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល				
តើអ្នកចង់និយាយអំពីកូនរបស់អ្នកជាកាសាអ្វី?*	<input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> ព័រទុយហ្គាល់ <input type="checkbox"/> អារ៉ាប់ <input type="checkbox"/> វៀតណាម <input type="checkbox"/> ហៃទីក្រេអូល <input type="checkbox"/> ចិនកុកធី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖			
តើអ្នកចង់ទទួលបានសេវាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការថែទាំកូនរបស់អ្នកជាកាសាអ្វី?*	<input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> ព័រទុយហ្គាល់ <input type="checkbox"/> អារ៉ាប់ <input type="checkbox"/> វៀតណាម <input type="checkbox"/> ហៃទីក្រេអូល <input type="checkbox"/> ចិនកុកធី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖			
តើកូនរបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះចូលរៀននៅកន្លែងណា? (ជ្រើសរើសមួយ)	<input type="checkbox"/> សាលារៀនតាមផ្ទះនៅក្នុងផ្ទះរបស់សិស្ស	<input checked="" type="checkbox"/> សាលារៀនរដ្ឋនៅសាលារៀនតាមមូលដ្ឋានក្នុងក្រុងរបស់អ្នក	<input type="checkbox"/> ក្នុងចំណោមសាលារៀនក្នុងមណ្ឌលនៅក្នុងសាលារៀនសម្រាប់តម្រូវការសហការការព្យាបាលឬតម្រូវការពិសេស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត
តើកូនរបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មកុមារ DDS ដែរឬទេ? (ជ្រើសរើសមួយ)	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (សូមទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលគាំទ្រគ្រួសារដើម្បីសុំជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យ)			
តើកូនរបស់អ្នកកំណត់យកភេទអ្វី? (ជ្រើសរើសបានច្រើនតាមតម្រូវការនៃកូនរបស់អ្នក)	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> មិនមែនទាំងពីរ <input type="checkbox"/> ប្តូរភេទ <input type="checkbox"/> មិនចង់ឆ្លើយ			
តើសិស្ស/កូនរបស់អ្នកមានពូជសាសន៍/ជនជាតិអ្វី?	<input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> អាមេរិកដើមកំណើតប្រិក/ស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> អ្នកកោះហាវ៉ៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ/ឡាទីន <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក <input type="checkbox"/> ស្បែកស			

(ជ្រើសរើសបានច្រើនតាមតម្រូវការនៃកូនរបស់អ្នក)

- ផ្សេងទៀត៖
- មិនចង់ឆ្លើយ

- ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ គឺដើម្បីបង្ហាញពីចំណាប់អារម្មណ៍នៅក្នុងកម្មវិធីនេះ ហើយមិនធានាដល់ការទទួលយកឬការចុះឈ្មោះឡើយ។
- បើអ្នកបានបំពេញទម្រង់បែបបទចំណាប់អារម្មណ៍មួយរួចហើយកាលពីមុន ហើយអ្នកនៅតែចាប់អារម្មណ៍សូមបំពេញទម្រង់បែបបទមួយទៀត។
- ទម្រង់បែបបទត្រូវតែវាយបញ្ចូល ឬសរសេរឱ្យបានច្បាស់។ ប្រសិនបើដាក់ធ្វើទម្រង់បែបបទ ចូរដាក់វាក្នុងស្រោមសំបុត្របិទជិតដោយដាក់ស្លាក ទម្រង់បែបបទចំណាប់អារម្មណ៍ **DES/DDS**។
- **ដាក់ធ្វើទម្រង់បែបបទ៖** នៅការិយាល័យ **DDS** ប្រចាំតំបន់តាមមូលដ្ឋាន នៃមជ្ឈមណ្ឌលគាំទ្រគ្រួសារ/អូទីស៊ីម-មិនមែននៅការិយាល័យកណ្តាល **DDS** ទេ។
- ធ្វើទម្រង់បែបបទតាមប្រៃសណីយ៍៖ **DDSCentralOffice, At: DES/DDSProgram, 1000 Washington Street 4th Floor, Boston, MA 02118**
- ធ្វើអ៊ីមែលទម្រង់បែបបទ៖ **DESDDSPROGRAM@MissVail.State.MA.US**
- **សូមកុំភ្ជាប់កំណត់ត្រា ឬវេជ្ជសាស្ត្រ/ឯកសារផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ។ ធ្វើតែទម្រង់បែបបទនេះប៉ុណ្ណោះ។**

ខ្ញុំបានបំពេញទម្រង់បែបបទនេះយ៉ាងត្រឹមត្រូវ និងស្មោះត្រង់តាមការចេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

*ការបកប្រែឯកសារ និងការបកប្រែផ្ទាល់មាត់ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកចូលរួម។