

ទម្រង់គំរូការឈប់សម្រាកដោយជម្ងឺកូវីដ-19

ការឈប់សម្រាកជម្ងឺ កូវីដ-19 ទទួលប្រាក់បណ្តោះអាសន្ន រោគកូវីដ-19 រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត

តាមច្បាប់និយោជិតត្រូវដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅនិយោជករបស់ពួកគេដើម្បីទទួលយក ការឈប់សម្រាកដោយឈឺជាបណ្តោះអាសន្ននៃជម្ងឺកូវីដ-19 រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (ការឈប់សម្រាកដោយ ជម្ងឺកូវីដ-19) ។ បំពេញនិងផ្ញើទម្រង់នេះទៅនាយកដ្ឋានធនធានមនុស្សរបស់អ្នកជាមួយឯកសារគាំទ្រ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមុនពេលឈប់សម្រាកឬឲ្យបានឆាប់ ។ អ្នកក៏ត្រូវអនុវត្តតាមនីតិវិធីជូនដំណឹង ស្តង់ដារផ្សេងទៀតដោយគោរពតាមចៅហ្វាយឬអ្នកគ្រប់គ្រងរបស់អ្នកតាមលទ្ធភាព ។

ឈ្មោះ	
លេខអែឌីសមាជិត	
SSN ឬលេខអែឌីពន្ធ	
កាលបរិច្ឆេទ/ពេលវេលា ចាប់ផ្តើមឈប់សម្រាក	
កាលបរិច្ឆេទ/ពេលវេលា ចប់ឈប់សម្រាក	

តូសក្នុងប្រអប់ត្រូវខាងក្រោមសម្រាប់មូលហេតុសមហេតុផលការឈប់សម្រាកជម្ងឺកូវីដ-19 ពាក់ព័ន្ធ ៖

- ខ្ញុំត្រូវការ ៖
 - ញែកខ្លួន និងថែទាំសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ ពីព្រោះខ្ញុំត្រូវបានរោគវិនិច្ឆ័យជាមួយកូវីដ-19;
 - ទទួលរោគវិនិច្ឆ័យ ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំ ឬ ការព្យាបាលសម្រាប់រោគសញ្ញាកូវីដ-19; ឬ
 - ទទួលបានស្ថានភាពគ្រាន់បើពីការចាក់ថ្នាំកូវីដ-19 ។

- ខ្ញុំត្រូវការថែទាំសមាជិតគ្រួសារដែល ៖
 - ត្រូវតែញែកខ្លួនដោយព្រោះតែរោគវិនិច្ឆ័យ កូវីដ-19; ឬ
 - ត្រូវការរោគវិនិច្ឆ័យខាងវេជ្ជសាស្ត្រការថែទាំ ឬ ការព្យាបាលសម្រាប់រោគសញ្ញាកូវីដ-19;

□ បទបញ្ជា ការនៅដាច់ឆ្ងាយ ឬ ការសម្រេចស្រដៀងគ្នា ទាក់ទង នឹង និយោជិតដោយមន្ត្រីរាជការ សាធារណៈក្នុងមូលដ្ឋានរដ្ឋ **និយោជិករបស់ខ្ញុំ** ឬសហព័ន្ធអរដ្ឋាធរសុខភាពដែលមានយុត្តាធិការឬអ្នកផ្តល់ សេវាថែទាំសុខភាព ។

ឈ្មោះរបស់អង្គការរដ្ឋាភិបាល **និយោជិក** ឬ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដាក់បញ្ជាឬ ដំបូន្មានឲ្យចត្តាឡី ស័កខ្លួន ។

□ តម្រូវការរបស់និយោជិតក្នុងការមើលថែទាំសមាជិតគ្រួសារដោយសារតែបទបញ្ជានៅដាច់ពីគេឬ ការប្តេជ្ញាចិត្តស្រដៀងគ្នាទាក់ទងនឹងសមាជិតគ្រួសារដោយមន្ត្រីរាជការសាធារណៈមូលដ្ឋានឬរដ្ឋសហព័ន្ធ អរដ្ឋាធរសុខភាពមានយុត្តាធិការ និយោជិតសមាជិតគ្រួសារឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ។

ឈ្មោះរបស់អង្គការរដ្ឋាភិបាល **និយោជិក** ឬ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដាក់បញ្ជាឬ ដំបូន្មានឲ្យចត្តាឡី ស័កខ្លួន ។

ឈ្មោះរបស់ជនដែលតម្រូវឲ្យចត្តាឡីស័កនឹងទំនាក់ទំនងបុគ្គល នោះ(ដូចជាប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ។ល។) ៖

ទម្រង់គំរូការឈប់សម្រាកដោយជម្ងឺកូវីដ-19

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការឈប់សម្រាកដោយជម្ងឺកូវីដ-19 ដោយសារមូលហេតុដែលបានជ្រើសរើសខាងលើហើយដោយសារមូលហេតុនេះហើយ ទើបខ្ញុំមិនអាចធ្វើការឬធ្វើទូរការបាន ។ ខ្ញុំយល់ថាការធ្វើការអះអាងក្លែងក្លាយអាចបង្កើតជាលទ្ធផលសកម្មភាពវិន័យ ។ ខ្ញុំនឹងប្រាប់ការិយាល័យធនធានមនុស្សរបស់ខ្ញុំនិងអ្នកគ្រប់គ្រង/ចៅហ្វាយដរាបណាកាលៈទេសៈរបស់ខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរ ។

ហត្ថលេខានិយោជិត

កាលបរិច្ឆេទ

ធ្វើយ៉ាងណាផ្តល់ឯកសារជាលាយលក្ខណ៍អក្សរគាំទ្រចាំបាច់ជាមួយនិងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលបានបំពេញនិងចុះហត្ថលេខារួចហើយ ទៅការិយាល័យធនធានមនុស្ស (HR) ។

FOR HR USE ONLY:

កាលបរិច្ឆេទ/ពេលវេលាចាប់ផ្តើមឈប់សម្រាកពិតប្រាកដ	
កាលបរិច្ឆេទ/ពេលវេលាចប់ឈប់សម្រាក ពិតប្រាកដ	
ចំនួនម៉ោងបានប្រើប្រាស់	
ចំនួនប្រាក់ឈ្នួលសរុប	
ការចំណាយពាក់ព័ន្ធសរុប	
ទឹកនៃឯកសារនៃការងាររបស់និយោជិត ¹	

¹ "កន្លែងការងារសំខាន់" របស់និយោជិតមានន័យថាកន្លែងធ្វើការឬទីតាំងជាក់ស្តែងដែលនិយោជិតបានចំណាយពេលភាគច្រើនបំផុតនៃម៉ោងធ្វើការនៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមករាឆ្នាំ 2020 ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែ មេសា ឆ្នាំ 2021 ។ ការរៀបចំទូរគមនាគមន៍ បណ្តោះអាសន្នដែលបានធ្វើក្នុងកំឡុងពេលនេះមិនគួរជាកត្តានៃការប្តេជ្ញាចិត្តនេះទេ ។ សម្រាប់និយោជិតដែលបានចាប់ផ្តើមធ្វើការនៅឬក្រោយថ្ងៃទី 1 ខែឧសភាឆ្នាំ 2021 "កន្លែងការងារចម្បង" មានន័យថាកន្លែងធ្វើការ ឬ ទីតាំងជាក់ស្តែងដែលនិយោជិតត្រូវបានកេរ្តិ៍ថាជាទីតាំងចំណាយពេលភាគច្រើននៃម៉ោងធ្វើការរវាងថ្ងៃធ្វើការដំបូងនិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 2021 ផ្អែកលើការរៀបចំការងារដែលបានព្រមព្រៀងគ្នារវាងនិយោជកនិងនិយោជិត ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ "កន្លែងការងារចម្បង" របស់និយោជិតមិនស្ថិតនៅក្នុងរដ្ឋម៉ាសាឈូសេតទេ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវបានផ្ទេរចេញពីរដ្ឋជាអចិន្ត្រៃយ៍នោះ ។

ទម្រង់គំរូការឈប់សម្រាកដោយជម្ងឺកូវីដ-19

ចំនួនអាត្រាម៉ោងប្រចាំសប្តាហ៍ ដែលបានធ្វើ ²	
--	--

² ចំពោះនិយោជិកដែលមានកាលវិភាគនិងម៉ោងធ្វើការប្រចាំសប្តាហ៍ខុសគ្នាពីមួយសប្តាហ៍ទៅមួយសប្តាហ៍និយោជកត្រូវផ្តល់ការឈប់សម្រាកដែលស្មើនឹងចំនួនមធ្យមនៃម៉ោងដែលនិយោជិកគ្រោងនឹងធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍ក្នុងរយៈពេល 6 ខែមុន ។ (ប្រសិនបើនិយោជិកដែលមានកាលវិភាគប្រែប្រួលមិនបានធ្វើការឱ្យនិយោជករយៈពេល 6 ខែដែលចំនួនម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដែលនិយោជិករំពឹងថានឹងធ្វើការនៅពេលជួល ។