

**ក្រដាសស្នាមស្នើសុំកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់សេវា  
នៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមូលដ្ឋានសហគមន៍របស់ក្រសួងជនពិការ**

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ \_\_\_\_\_  
 (សរសេរឲ្យច្បាស់)  
 អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ \_\_\_\_\_  
 ថ្ងៃខែកំណើត៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ អត្តលេខ (SSN)៖ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវបានកំណត់ដោយក្រសួងជនពិការថាជាជនមានភាពពិការខាងសតិប្រាជ្ញាពិតប្រាកដឬ? បាទ/ចា \_\_\_\_\_ ទេ  
 ឈ្មោះអ្នកអាណាព្យាបាល (ប្រសិនបើមាន)៖ \_\_\_\_\_  
 បុគ្គលដែលត្រូវទាក់ទង៖ \_\_\_\_\_  
 ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ \_\_\_\_\_  
 លេខទូរស័ព្ទ៖ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**សូមអានកម្មវិធីសម្រាប់ចំណោមជំរើសទាំងបួន៖** (ចូរមើលសេចក្តីរៀបរាប់ពីកម្មវិធីនៅទំព័រម្ខាងទៀត)

1. ( ) **ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យរបស់ក្រសួងជនពិការមួយ នៃកម្មវិធីទាំងបី។**
  - ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសយកជំរើសនេះ, ដំបូងខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យ ហើយប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យនោះ, ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់ក្រសួងជនពិការអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
  - ប្រសិនបើខ្ញុំមិនត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យ, ខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍, ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់ក្រសួងជនពិការអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
  - ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍, ខ្ញុំនឹងត្រូវគេវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមានកម្រិតខ្លាំង។
2. ( ) **ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមនុស្សពេញវ័យព្រោះខ្ញុំរស់នៅផ្ទះ, ឬ រស់នៅដោយខ្លួនខ្ញុំ, ឬ នៅផ្ទះផ្សេងទៀត ហើយខ្ញុំត្រូវការយ៉ាងហោចណាស់សេវាអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃមួយ។** ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
3. ( ) **ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរស់នៅក្នុងសហគមន៍ប៉ុណ្ណោះព្រោះខ្ញុំត្រូវការជំនួយកម្រិតមធ្យម ដើម្បីរស់នៅដោយខ្លួនខ្ញុំ, ឬ រស់នៅផ្ទះជាមួយគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ឬ ផ្ទះអ្នកដទៃ, ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោងនោះទេ។** ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។
4. ( ) **ខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃដែលផ្តល់ជំនួយមានកម្រិតខ្លាំងព្រោះខ្ញុំត្រូវការការមើលថែ 24 ម៉ោង។** ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវគិតពីកម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។

**សេចក្តីថ្លែងដែលជ្រើសរើស**

ខ្ញុំ \_\_\_\_\_ (អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬ អាណាព្យាបាល) ជ្រើសរើសដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីអនុគ្រោះការបង់ថ្លៃរបស់មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់សេវានៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមូលដ្ឋានសហគមន៍ និងរស់នៅ ហើយទទួលសេវារបស់ខ្ញុំនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងនៅក្នុងកន្លែងមើលថែទាំជាមធ្យមសម្រាប់ជនពិការខាងសតិប្រាជ្ញា (ICF/ID)។

ហត្ថលេខា៖ \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**បំពេញក្រដាសស្នាមនេះ ហើយផ្ញើទៅឲ្យ៖**

**Department of Developmental Services  
 Waiver Management Unit  
 500 Harrison Avenue  
 Boston, MA 02118  
 (888) 367-4435 www.mass.gov/dds**