សំណុំបែបបទស្នើសុំសិទ្ធិអាចទទួលកម្មវិធីបាន អូតធិស៊ិម (Autism)

សំណុំបែបបទស្នើសុំ

កម្មវិធីអាចទទួលសេវាកម្មនៅតាមផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ក្មេងមានរោគអត្តចរិកចម្លែង **(AUTISM SPECTRUM DISORDERS)**

ក្រសួងជនពិការនៃរដ្ឋ ម៉ាស្សាឈូសេត

សូមបំពេញសំណុំបែបបទស្នើសុំទាំងអស់, សរសេរឲ្យបានច្បាស់លាស់

ឈ្មោះក្មេង : ____________________ ____________________ ____________________

នាម អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល

ឈ្មោះមាតាបិតា / អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ : ____________________ ____________________ ____________________

(គូសរង្វង់មួយ) នាម អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល

អាស័យដ្ឋាន : ____

លេខផ្ទះល្វែង, P.O. Box, ។ល។ : __________ ក្រុង : ____________________ រដ្ឋ : __________ លេខកូដ : ________

លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ : ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐ លេខទូរស័ព្ទ (ផ្សេងទៀត) : ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐

លេខសំគាល់ខ្លួនរបស់ក្មេង (SSN) : ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

ភេទរបស់ក្មេង : ☐ ប្រុស ☐ ស្រី ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើតរបស់ក្មេង : ☐☐, ☐☐, ☐☐☐☐

ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

ភាសាដើមនៃមាតាបិតា / អ្នកអាណាព្យាបាល បើសិនមិនមែនអង់គ្លេស : ____________________ ត្រូវការអ្នកបកប្រែឬ? ☐ត្រូវការ ☐មិនត្រូវការ

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ :

តើក្មេងមានរោគវិនិច្ឆ័យដោយបានបញ្ជាក់នៃរោគអត្តចរិកចម្លែក (Autism Spectrum Disorder)? ☐ មាន ☐ មិនមាន

បើសិនមាន, តើរោគវិនិច្ឆ័យគឺជាអ្វី? (គូសមួយ) :

☐ រោគអត្តចរិកចម្លែក (Autistic Disorder) ☐ រោគកាចហួសហេតុ (Pervasive Developmental Disorder) – បើមិនអញ្ចឹងទេបញ្ជាក់ (PDD-NOS)

☐ រោគមិនចូលចំណោមគេកើតមានតាំងពីវ័យក្មេង (Childhood Disintegrative Disorder) ☐ រោគសញ្ញានៃជម្ងឺ Rhett ឬ ☐ រោគសញ្ញានៃជម្ងឺ Asperger

ហត្ថលេខាមាតាបិតា / អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ : ______________________________

សេចក្តីណែនាំ : មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីយកសំណុំបែបបទស្នើសុំសិទ្ធិអាចទទួលកម្មវិធីបាននេះ ទៅឲ្យផ្នែក អូតធិស៊ិម **(Autism)** នៃក្រសួងជនពិការ :

១. យកទៅឲ្យដោយផ្ទាល់ដៃ ឬផ្ញើទៅឲ្យមណ្ឌលជំនួយ អូតធិស៊ិម ប្រចាំតំបន់របស់លោកអ្នក :*

*បើសិនយកទៅឲ្យមណ្ឌលដោយផ្ទាល់ដៃ, ត្រូវតែរវាងម៉ោង ៩:០០ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៥:០០ល្ងាចប៉ុណ្ណោះ

Autism Alliance of Metrowest: 14 East Central St. Natick, MA 01760 # 508-652-9900: Serving: Metrowest
Autism Resource Center: 71 Sterling Street, West Boylston, MA 01583 #508-835-4278: Serving: Central, MA
Community Resources for People with Autism: 116 Pleasant St. Easthampton, MA 01027 #413-529-2428: Serving: Western, MA
Community Autism Resources: 2315 GAR Highway, Swansea, MA 02777 #508-379-0371: Serving: Southeast
TILL and Boston Families for Autism: 20 Eastbrook Rd. Dedham, MA 02026 #781-302-4600 x 4835: Serving: Greater Boston
The Family Autism Center: 789 Clapboardtree Street, Westwood, MA 02090 #781-762-4001, X. 329 Serving: Norfolk County Area
NSARC: The Autism Support Center: 6 Southside Road, Danvers, MA 01923 #978-777-9135 x, 2301 or 2302: Serving: Northeast

២. សំណុំបែបបទស្នើសុំសិទ្ធិអាចទទួលកម្មវិធីបាន ក៏អាចត្រូវផ្ញើ (មិនយកទៅឲ្យផ្ទាល់ដៃ) ទៅឲ្យផ្នែក អូតធិស៊ិម បាន ។ សូមកាលើស្រោមសំបុត្រដូចនេះ ៖ **Autism Division Att. Waiver Program Eligibility Request Forms.500 Harrison Ave. Boston, MA 02118**

- សំណុំបែបបទទាំងអស់ត្រូវតែមាន ត្រាវាយលើសំបុត្រ ឬថ្ងៃទីបិទតែម រវាងថ្ងៃទី៥ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៧ និងថ្ងៃទី១៦ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៧ ។ គ្មានសំណុំបែបបទស្នើសុំសិទ្ធិអាចទទួលកម្មវិធីបានណាមួយ នឹងត្រូវព្រមទទួលសំរាប់ជ្រើសរើសសិទ្ធិអាចទទួលដំបូង ដោយមានត្រាវាយលើសំបុត្រ ឬថ្ងៃទីបិទតែម ក្រៅពីកំឡុងពេលនេះឡើយ ។
- ចូរចងចាំបំពេញសំណុំបែបបទឲ្យបានពេញលេញ ហើយច្បាស់លាស់ – សូមសរសេរអក្សរពុម្ព
- ប្រើប៊ិចក្នុងការចុះហត្ថលេខាសំណុំបែបបទ
- ពាក្យសុំមួយនឹងត្រូវទទួលសំរាប់តែក្មេងម្នាក់ប៉ុណ្ណោះ, សំណុំបែបបទច្រើននឹងត្រូវបោះចោល ។