

# ភាពអាចធ្វើការបាននៃប្រុសកាយ

ឈ្មោះសំណុំរៀង	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ :	លេខសំណុំរៀង
	លេខសន្និធិសម្រួល:

សំណៅនេះគឺសំរាប់ធ្វើការកំណត់បង្ហាញនូវ ស្ថានភាពរបស់ប្រុសកាយនៃមនុស្សនេះ បើសិនជាមាន ដែលអាចជាឧបសគ្គមួយទៅនឹងភាពអាចធ្វើការបាន ឬការចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីជួយឱ្យធ្វើការនិងទទួលបានសេចក្តីរីករាយនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (California Work Opportunity and Responsibility to Kids ឬ CalWORKs) ។ សូមបញ្ជាក់បញ្ហានៃមុខការជាក់លាក់ដែលជាប់ទាក់ទងទៅនឹងសកម្មភាពដែលបានចាត់ឱ្យធ្វើរបស់មនុស្សនេះ បើសិនជាមានបេសកកម្មណាមួយបានចុះបង្ហាញនៅខាងក្រោម ។ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារបន្ថែម បើសិនជាមានការចាំបាច់ ។

មនុស្សនេះ បានចាត់ឱ្យ : \_\_\_\_\_  
 (គិតភាគនិងចំនួនម៉ោងនៃសកម្មភាព CalWORKs ដែលបានចាត់ឱ្យធ្វើ)

1. នៅក្នុងពេលដំបូងនៃថ្ងៃធ្វើការ អ្នកជម្ងឺអាចឈរ/ដើរ : (សូមគូស ✓)  ដោយគ្មានការហាមឃាត់  
 ចំនួនម៉ោងក្នុងពេលម្តង : សរុបចំនួនម៉ោងក្នុងកំឡុងពេលមួយថ្ងៃ :  
 0 - 2    2 - 4    4 - 6    6 - 8    0 - 2    2 - 4    4 - 6    6 - 8

ការពន្យល់ : \_\_\_\_\_

2. នៅក្នុងពេលដំបូងនៃថ្ងៃធ្វើការ អ្នកជម្ងឺអាចអង្គុយ : (សូមគូស ✓)  ដោយគ្មានការហាមឃាត់  
 ចំនួនម៉ោងក្នុងពេលម្តង : សរុបចំនួនម៉ោងក្នុងកំឡុងពេលមួយថ្ងៃ :  
 0 - 2    2 - 4    4 - 6    6 - 8    0 - 2    2 - 4    4 - 6    6 - 8

ការពន្យល់ : \_\_\_\_\_

3. តើអ្នកជម្ងឺត្រូវបានហាមប្រាមមិនឱ្យប្រើដៃ/ប្រមាមដៃសំរាប់ការធ្វើចលនាផងដែរឬ? (សូមគូស ✓)  ដោយគ្មានការហាមឃាត់  
 មែន - សូមពន្យល់ \_\_\_\_\_

4. តើអ្នកជម្ងឺត្រូវបានហាមប្រាមមិនឱ្យប្រើជើង សំរាប់ការធ្វើចលនាផងដែរឬ ដូចការបញ្ជាដោយប្រើជើង? (សូមគូស ✓)  ដោយគ្មានការហាមឃាត់  
 មាន - សូមពន្យល់ \_\_\_\_\_

5. តើអ្នកជម្ងឺត្រូវបានហាមប្រាមដោយកត្តានៃបរិយាកាសដំបូង ដូចការក្តៅ/ត្រជាក់ ធូលី ភាពស្ងើម ភាពខ្ពស់ ។ល។? (សូមគូស ✓)  ដោយគ្មានការហាមឃាត់  
 មាន - សូមពន្យល់ \_\_\_\_\_

# ភាពអាចធ្វើការបាននៃប្រទេសកាយ (បន្ត)

6. អ្នកជម្ងឺអាចលើក/កាន់ : (សូមគូស ✓)  ដោយគ្មានការហាមឃាត់

ម្ង៉ាងត្រឹមត្រូវបំផុតជាដាច់ខាត (lbs): 10   15   20   25   30   35   40   45   50   55   60   65   70   75   80+

មិនអាច:

យូរម្តង:                 
(0 - 2.5 ម៉ោង/ក្នុងមួយថ្ងៃ-8ម៉ោង)

ជាញឹកញាប់:                 
(2.5 - 5.5 ម៉ោង/ក្នុងមួយថ្ងៃ-8ម៉ោង)

ជាដាច់ខាត:                 
(5.5+ ម៉ោង/ក្នុងមួយថ្ងៃ-8ម៉ោង)

ការពន្យល់ : \_\_\_\_\_

7. អ្នកជម្ងឺអាច : (សូមគូស ✓)  ដោយគ្មានការហាមឃាត់

	មិនអាច	យូរម្តង (0 - 2.5 ម៉ោង/ក្នុងមួយថ្ងៃ-8ម៉ោង)	ជាញឹកញាប់ (2.5 - 5.5 ម៉ោង/ក្នុងមួយថ្ងៃ-8ម៉ោង)	ជាដាច់ខាត (5.5+ ម៉ោង/ក្នុងមួយថ្ងៃ-8ម៉ោង)
ឡើង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ចុះខ្លួនឱ្យនៅក្នុង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ឆ្លង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
លុត	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ក្រាប	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
វារ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ឈរ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ក្រោមជង្គង់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ពីចង្កេះទៅដល់ជង្គង់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ពីចង្កេះទៅដល់ដើមទ្រូង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ពីដើមទ្រូងទៅដល់ស្មារ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ផ្នែកលើស្មារ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ការពន្យល់ : \_\_\_\_\_

8. តើអ្នកជម្ងឺមានជាប់ទាក់ទងជាមួយនឹងការព្យាបាល និង/ឬទទួលបានការព្យាបាលដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ទៅដល់ភាពអាចធ្វើការបានរបស់គាត់ឬទេ? (សូមគូស ✓)  មាន  ទេ

បើមាន សូមពន្យល់អំពីការកំរិត/ភាពប៉ះពាល់ : \_\_\_\_\_

9. សូមរៀបរាប់អំពីការកំរិតនៃភាពអាចធ្វើការបានដទៃទៀតរបស់អ្នកជម្ងឺនេះ និង/ឬការចូលរួមនៅក្នុងបេសកកម្មសិក្សាអប់រំ/ហ្វឹកហ្វឺន ហើយនិងការផ្តល់កិច្ចជួយដែលបានត្រូវការ :

\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខានៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែរក្សាផ្នែកសុខភាព (ឬអ្នកជម្ងឺ)	លេខទូរស័ព្ទ ( )	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះ និងអសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់កិច្ចថែរក្សាសុខភាព		