

ពាក្យសុំលើកែលម្អស្រមាប់ពិការភាពការរៀន CalWORKs ការពិនិត្យនិង/ឬការវាយតម្លៃ

ចូរប្រាប់បុគ្គលិករបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយការអានឬការយល់ដឹងពីទម្រង់បែបបទនេះ។ ចូលទៅមើលសំណុំបែបបទនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្នបំផុតជាមួយបុគ្គលិកខោនធីរបស់អ្នក។ សូមប្រាកដថាបានសួរសំណួរអំពីអ្វីដែលអ្នកមិនយល់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ត្រូវបានពិនិត្យវាយតម្លៃស្រមាប់ពិការភាពការរៀននៅពេលនេះអ្នកនឹងត្រូវបានស្នើឱ្យចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះហើយអ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសំណុំបែបបទនេះ។

អត្ថប្រយោជន៍នៃការពិនិត្យនិងការវាយតម្លៃពិការភាពការរៀន

វាជាការសំខាន់ខ្លាំងណាស់ដើម្បីពិនិត្យនិងវាយតម្លៃអ្នកស្រមាប់ពិការភាពការរៀនដែលអាចធ្វើបាន។ សូមរក្សាទុកក្នុងចិត្តថាមនុស្សភាគច្រើនដែលមានពិការភាពការរៀនមានភាពវៃឆ្លាតនិងភាគច្រើនគឺមានអំណោយទាន។ បើសិនខោនធីរកឃើញថាអ្នកមានពិការភាពការរៀនសូត្រ ខោនធីនឹងអាចជួយឱ្យអ្នកសម្រេចចិត្តថាអ្វីដែលជាសកម្មភាពដែលល្អបំផុតស្រមាប់អ្នក។ បុគ្គលិកដែលមានពិការភាពការរៀនអាចត្រូវបានប្រៀនឱ្យប្រើភាពខ្លាំងរបស់ពួកគេនិងរកវិធីដើម្បីធ្វើឱ្យវាងាយស្រួលក្នុងការរៀននិងទទួលបានជាគ្រឹះស្ថានប្រើប្រាស់នៅសាលានិងនៅលើការងារ។

ការទទួលបានការតាមដាននិងវាយតម្លៃស្រមាប់ពិការភាពការរៀនសូត្រអាចជួយឱ្យអ្នករកឃើញរក្សា និងបង្កើនក្រមិតខ្ពស់ក្នុងការងារដែលជាសិទ្ធិស្រមាប់អ្នក។ វាអាចជួយអ្នកក្នុងការធ្វើបានយ៉ាងល្អនៅក្នុងកម្មវិធីអប់រំឬការបណ្តុះបណ្តាល។ ការពិនិត្យនិងការវាយតម្លៃអាចទទួលបានអោយអ្នកនូវប្រភេទជំនួយនិងសេវាកម្មដែលអ្នកនឹងត្រូវការដើម្បីបំពេញតាមត្រូវការសុខុមាលភាពដើម្បីធ្វើការងារ។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានលើកលែងពីត្រូវការ សុខុមាលភាពដើម្បីការងារប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌរបស់អ្នកគឺធ្ងន់ធ្ងរណាស់ដែលរារាំងអ្នកពីការធ្វើការទៅទាត់ឬចូលរួមក្នុងសកម្មភាពសុខុមាលភាពដើម្បីការងារ៖ ចំនួន 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ស្រមាប់ឪពុកម្តាយជាមួយកុមារនៅក្រោមអាយុប្រាំមួយឆ្នាំ ចំនួន 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ស្រមាប់ឪពុកម្តាយជាមួយកូនមិននៅក្រោមអាយុប្រាំមួយឆ្នាំ ឬចំនួន 35 ម៉ោងស្រមាប់ប្រកុម្មសាវីដែលមានទាំងមាតានិងបិតា។

ប្រសិនបើអ្នកមានការវាយតម្លៃពីមុនដែលចង់ថាអ្នកមានពិការភាពការរៀនសូត្រសូមផ្តល់ការវាយតម្លៃទៅបុគ្គលិកខោនធីរបស់អ្នក។ ខោនធីអាចទទួលយកបានទាំងអស់ឬផ្ទៃកែនការវាយតម្លៃនិងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការស្នាក់នៅសមហេតុផលឬមិនទទួលយកការវាយតម្លៃនិងការបញ្ជូនអ្នកស្រមាប់ការវាយតម្លៃមួយទៀត។ បុគ្គលិកខោនធីរបស់អ្នកនឹងបញ្ចូលព័ត៌មានក្នុងឯកសាររបស់អ្នកដែលថាខោនធីបានទទួលយកការវាយតម្លៃពិការភាពការរៀនសូត្ររបស់អ្នក។ អ្នកមិនមានការចុះហត្ថលេខាលើការលើកលែងនេះប្រសិនបើខោនធីបានទទួលយកការវាយតម្លៃរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ត្រូវបានពិនិត្យនិងវាយតម្លៃស្រមាប់ពិការភាពការរៀននៅពេលនេះនិងមិនផ្តល់ឱ្យយើងនូវភ័ស្តុតាងផ្សេងទៀតនៃពិការភាពការរៀន៖

1. អ្នកនឹងមិនទទួលបានការទទួលរៀបចំស្រមាប់ពិការភាពការរៀន។
2. អ្នកនឹងត្រូវបំពេញត្រូវការសុខុមាលភាពដើម្បីការងារដូចមនុស្សផ្សេងទៀតណាមួយនៅលើ CalWORKs ដែលមិនមានពិការភាពការរៀន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមត្រូវការសុខុមាលភាពដើម្បីការងារ ជំនួយលុយរបស់អ្នកអាចនឹងបន្ថយឬបញ្ឈប់។
3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នកនៅពេលណាមួយហើយសុំការពិនិត្យពិការភាពការរៀននិង / ឬការវាយតម្លៃពិការភាពការរៀន។

ប្រសិនបើអ្នកពេលក្រោយរកឃើញថាមានពិការភាពការរៀនសូត្រ ខោនធីនឹងទទួលបានអោយអ្នកនូវជំនួយនិងសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការក្រោយពីបុគ្គលិករបស់អ្នកពិភាក្សាការវាយតម្លៃដែលរកឃើញជាមួយអ្នកហើយនៅពេលដែលអ្នកចុះហត្ថលេខាផែនការសុខុមាលភាពដើម្បីការងារថ្មី បើចាំបាច់។

សូមចូលទៅកាន់ទំព័របន្ទាប់ដើម្បីបំពេញសំណុំបែបបទនេះ។

ពាក្យសុំលើកែលម្អនៃរបញ្ជាពិការក្នុងការរៀនសូត្រ CalWORKs ការពិនិត្យនិង/ឬការវាយតម្លៃ (បន្ត)

នៅពេលនេះខ្ញុំចង់បដិសេធ (ប្រាថ្នាចាល)ការពិនិត្យពិការភាពការរៀនសូត្រនិង/ឬការវាយតម្លៃពិការភាពការរៀនសូត្រ។ ផែនការសុខុមាលភាពដើម្បីការងាររបស់ខ្ញុំនឹងមិនរួមបញ្ចូលការរៀបចំស្រមោបពិការភាពក្នុងផ្នែករៀនសូត្រទេ លុះត្រាតែខ្ញុំផ្តល់នូវការវាយតម្លៃពិការភាពរៀនសូត្រ និងខានធីទទួលយកការវាយតម្លៃនោះ។

ខ្ញុំបានអានទ្រមង៉េន៖ និង/ឬបានអានទ្រមង៉េន៖ឲ្យខ្ញុំស្តាប់។ ខ្ញុំយល់នូវព័ត៌មាននៅលើសំណុំបែបបទនេះ។ ខ្ញុំមិនចង់មានដូចខាងក្រោមនៅពេលនេះទេ៖

- ការពិនិត្យពិការភាពការរៀនសូត្រ
- ការវាយតម្លៃពិការភាពការរៀនសូត្រ

ខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការចុះហត្ថលេខាលើទ្រមង៉េនបែបបទនេះប្រសិនបើខ្ញុំបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើទ្រមង៉េននេះដូចគ្នាប្រសិនបើខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើទ្រមង៉េនបែបបទក្នុងការពិនិត្យការលះបង់ពិការភាពការរៀនសូត្រនិង/ឬការវាយតម្លៃពិការភាពការរៀនសូត្រ។ ព័ត៌មាននីមួយៗត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងឯកសារករណីរបស់ខ្ញុំខ្ញុំបានបដិសេធការពិនិត្យពិការភាពការរៀនសូត្រនិង/ឬការវាយតម្លៃពិការភាពការរៀនសូត្រ។

ឈ្មោះដែលបានសម្របសម្រួលអ្នកចូលរួម	លេខសំណុំរឿង
ឈ្មោះដែលចុះហត្ថលេខានៃអ្នកចូលរួម	កាលបរិច្ឆេទ

ផ្នែកប្រើប្រាស់ដោយខោនធីតប៉ុណ្ណោះ: (County Use Only Section):

I have discussed this form and offered a learning disabilities screening/evaluation to the participant named above:

- Participant signed this form to waive the learning disabilities screening/evaluation.
- Participant refused to sign this form after waiving the learning disabilities screening/evaluation.

PRINTED NAME OF INTERVIEWER	JOB TITLE OF INTERVIEWER
SIGNED NAME OF INTERVIEWER	DATE