



# បញ្ជីឈ្មោះអ្នកត្រូវការជំនួយពិសេសជាបន្ទាន់នៃរដ្ឋរ៉ៃអ៊ីឡិន

សម្រាប់ជនពិការ លក្ខណៈរោគរាវី និងត្រូវការសេវាថែទាំពិសេស

ក្រសួងសុខាភិបាលនៃរដ្ឋរ៉ៃអ៊ីឡិន (HEALTH) និងភ្នាក់ងារចាត់ចែងការបន្ទាន់នៃរដ្ឋរ៉ៃអ៊ីឡិន (EMA)

បានបង្កើតបញ្ជីឈ្មោះមួយ សម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋរ៉ៃអ៊ីឡិនដែលជាពិការ លក្ខណៈរោគរាវី ហើយត្រូវការសេវាថែទាំពិសេសផង។ រឿងបំពេញទម្រង់នេះ មានន័យថា លោកអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យ EMA និង HEALTH ផ្តល់ដំណឹងអំពីលោកអ្នក ជាមួយក្រុមអ្នកឆ្លើយតបជាបន្ទាន់ នៅតាមក្រុង និងរដ្ឋ ដូចជាក្រសួងនគរបាល និងអគ្គិភ័យក្នុងក្រុងរបស់លោកអ្នកជាដើម ។ ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកបានផ្តល់នោះ អាចជួយឱ្យគេឆ្លើយតបជាបន្ទាន់តាមសេចក្តីត្រូវការរបស់លោកអ្នក នៅពេលមានអាសន្ន ។

បទបញ្ជា ៖ ដើម្បីឱ្យមានឈ្មោះក្នុងបញ្ជីនេះ សូមបំពេញទម្រង់មួយ ចុះហត្ថលេខា ហើយផ្ញើវាទៅ RI EMA, Database Manager, 645 New London Ave, RI 02920 ឬចុះឈ្មោះតាម អ៊ិនធឺណិត [www.health.ri.gov/emregistry](http://www.health.ri.gov/emregistry) ។ បើលោកអ្នកមានចម្ងល់ សូមទូរស័ព្ទលេខ ៤០១-៨៤៦-៨៨៨៦ ឬ RI Relay 711 (TTY) ។ បើលោកអ្នកមិនអាចបំពេញទម្រង់នេះទេ សូមឱ្យសមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកថែទាំ បំពេញជូន ចុះហត្ថលេខា ហើយផ្ញើវាក្នុងនាមរបស់លោកអ្នកក៏បាន ។

កន្លែងដែលមាន (\*) គឺជាការចាំបាច់

- ការចុះឈ្មោះថ្មី
- សម្រួលបញ្ជីឈ្មោះឱ្យទាន់សម័យ

ព័ត៌មានទូទៅ	
នាម* (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល) ៖ _____	ភេទ ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី ឆ្នាំកំណើត ៖ _____
អាសយដ្ឋាន* ៖ _____	បន្ទប់/យូនីត ឬ ជាន់ ៖ _____
ក្រុង/ឃុំ* ៖ _____	(zip) កូដ* ៖ _____
លេខទូរស័ព្ទ* ៖ _____	TDD/TTY ៖ _____
ភាសា ៖ តើលោកអ្នកត្រូវការទទួលបានទំនាក់ទំនងនិងការជំនួយជាបន្ទាន់នេះ ក្រោមភាសាអ្វី ?	
<input type="checkbox"/> អង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ
<input type="checkbox"/> អ៊ីសប៊ិក	<input type="checkbox"/> ព្យាបាល
<input type="checkbox"/> ចិន	<input type="checkbox"/> ហាវ
<input type="checkbox"/> ជប៉ុន	<input type="checkbox"/> ភាសាដទៃ _____
ពជំហុរ ៖ តើលោកអ្នកទុកខ្លួនជា ប៊ីស្ប៉ាទិក ឬឡាទីណូ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
ជាតិសាសន៍ ៖ សូមគូសប្រអប់គ្រប់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ ៖	
<input type="checkbox"/> ស្បែកស	<input type="checkbox"/> អាមេរិកាំងឥណ្ឌូន/ កំណើតអាឡាស្កា
<input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> អាមេរិកាំងអាហ្វ្រិក/ ស្បែកខ្មៅ
<input type="checkbox"/> អឺរ៉ុប	<input type="checkbox"/> សាសន៍ដទៃ _____

ចលកភាព	ប្រព័ន្ធទ្រទ្រង់ជីវិត
តើលោកអ្នកត្រូវបង្ហាញជាប់លើគ្រែឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើលោកអ្នកប្រើប្រព័ន្ធទ្រទ្រង់ជីវិត មួយណា?
តើលោកអ្នកអាចដើរដោយឥតជំនួយឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	(សូមគូសប្រអប់គ្រប់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ)
តើលោកអ្នកប្រើរបស់តទៅនេះ មួយណា?	<input type="checkbox"/> អុកស៊ីហ្សែន
(សូមគូសប្រអប់គ្រប់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ)	<input type="checkbox"/> ប្រដាប់ដកដង្ហើម/ ជង្គាល់ជួយដកដង្ហើម
<input type="checkbox"/> កៅអីកង់/ ថែចលត	<input type="checkbox"/> ការលាងឈាម
<input type="checkbox"/> ឈើច្រត់ walker/ឈើច្រត	<input type="checkbox"/> គ្រឿងអគ្គិសនី (គ្រឿងសម្រួលប្រតិកម្ម សម្រួលសាច់ដុំ)
<input type="checkbox"/> ឈើឆ្កាម	<input type="checkbox"/> ឯទៀត
<input type="checkbox"/> សត្វជំនួយ	<input type="checkbox"/> មិនមែនទាំងអស់
<input type="checkbox"/> អគ្រីនសិប្បនិម្មិត	តើលោកអ្នកពិនិត្យលើថ្នាំ អ៊ិនសូលីនឬ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
<input type="checkbox"/> របស់ឯទៀត _____	
<input type="checkbox"/> មិនមែនទាំងអស់	

<b>គំហើញ ពូ និយាយ និងការពិការឯទៀត</b>	<b>ចំណាំ ៖</b> តាមការចុះហត្ថលេខា និងដាក់ទម្រង់នេះ ជូន EMA
តើលោកអ្នក... (សូមគូសប្រអប់គ្រប់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ)	ខ្ញុំសុខចិត្តអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមអ្នកឆ្លើយតបភាពអាសន្ន តាមក្រុង និងរដ្ឋ
<input type="checkbox"/> មើលមិនសូវឃើញ	ផ្តល់ដំណឹងដឹងព្រឹត្តិទៅវិញទៅមក ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា នៅពេល EMA
<input type="checkbox"/> ខ្វាក់	ផ្តល់ដំណឹងអំពីខ្ញុំទៅវិញទៅមក ដើម្បីជួយខ្ញុំក្នុងពេលអាសន្ននោះ
<input type="checkbox"/> ពិបាកឮ	ពួកគេមិនអាចរ៉ាប់រងជួយឱ្យបានគ្រប់យ៉ាងទេ ។
<input type="checkbox"/> ជួន	
<input type="checkbox"/> ពិបាកនិយាយ	ហត្ថលេខា
<input type="checkbox"/> មិនមែនទាំងអស់	អ្នកបំពេញទម្រង់ ៖ _____ ថ្ងៃខែ ៖ _____