

សេចក្តីថ្លែងហេតុការណ៍បន្ថែមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ **MEDI-CAL**

County Use Only

County Number/Aid Code/Case Number

ផ្នែក I—ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

— / —

1a. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន, អក្សររើមនាមកណ្តាល)	1b. លេខសូសាល់ — / —	1c. កាលបរិច្ឆេទកំណើត / /
--	------------------------	-----------------------------

1d. ឈ្មោះផ្សេងដែលលោកអ្នកប្រើ (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន, អក្សររើមនាមកណ្តាល)	1e. ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	1f. កម្ពស់ ហ្វីត អ៊ីញ	1g. ទម្ងន់ ផោន គី
---	--	-----------------------------	----------------------

2a. អាសយដ្ឋានថ្មី	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដបច្ចុប្បន្ន
-------------------	---------	------	-------------------

2b. អាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្រ 9 ប៊ិសិនជាខុសគ្នា	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដបច្ចុប្បន្ន
--	---------	------	-------------------

3. លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ ()	តួសលេខលេខជា: <input type="checkbox"/> គ្មានទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសារប៉ុណ្ណោះ ()	ម៉ោងល្ងាចជាងគេ ដើម្បីទូរស័ព្ទ
------------------------------	---	-------------------------------

4a. តើលោកអ្នកចេះភាសាអង់គ្លេសទេ? <input type="checkbox"/> ចេះ បើចេះ សូមបន្តទៅផ្នែក II <input type="checkbox"/> មិនចេះទេ បើមិនចេះទេ តើលោកអ្នកចេះភាសាអ្វីខ្លះ?	4b. តើលោកអ្នកមានអ្នកបកប្រែឱ្យទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ	បើមាន សូមប្រាប់ឈ្មោះអ្នកបកប្រែ: លេខទូរស័ព្ទអ្នកបកប្រែ: ()	ម៉ោងល្ងាចជាងគេ ដើម្បីទូរស័ព្ទ
---	--	--	-------------------------------

ផ្នែក II—ព័ត៌មានសុខភាព

County Use Only

5. តើលោកអ្នកធ្លាប់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ពីការរាយការណ៍ស្នាក់នៅសេរី ឬអត្ថប្រយោជន៍ប្រាក់ចំណូលសាច់ប្រាក់មិនគ្រប់គ្រាន់ (SSI) នៅក្នុងរយៈពេលពីរ(2) ឆ្នាំកន្លងមកនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> មិនបាទទេ បើបាទ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ:	
a. តើពាក្យសុំ សូសាល់ សេរី ឬ SSI របស់លោកអ្នកត្រូវបានឆ្លើយតបយ៉ាងដូចម្តេច? <input type="checkbox"/> យល់ព្រម <input type="checkbox"/> បដិសេធ <input type="checkbox"/> មិនទាន់សម្រេច <input type="checkbox"/> ក្តីងសូមពិនិត្យម្តងទៀត <input type="checkbox"/> មិនដឹងទេ	
b. ប៊ិសិនជាត្រូវបានយល់ព្រម ឬបដិសេធ សូមប្រាប់កាលបរិច្ឆេទនៃការសម្រេចចុងក្រោយគេបំផុត ចំពោះពាក្យសុំ សូសាល់ សេរី ឬ SSI របស់លោកអ្នក:	
c. តើបញ្ហាសុខភាពរបស់លោកអ្នកមានចុះផុសជាប់ តាំងពីកាលបរិច្ឆេទ នៅក្នុងផ្នែក 5b ខាងលើនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ បើមាន សូមពន្យល់:	
d. តើលោកអ្នកមានបញ្ហាសុខភាព តាំងពីកាលបរិច្ឆេទដែលនៅក្នុងផ្នែក 5b ខាងលើនេះ ដែលលោកអ្នកមិនមានទេនៅពេលដែលការសម្រេចស្តីពីពាក្យសុំសូសាល់សេរី ឬ SSI របស់លោកអ្នក ត្រូវបានធ្វើឡើង? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ	
បើមាន តើបញ្ហាសុខភាពអ្វីខ្លះ?	

6. សូមប្រាប់គ្រប់បញ្ហាសុខភាព (ថ្ងៃរកាយ និងថ្ងៃវិញ) ដែលរារាំងលោកអ្នកមិនឱ្យធ្វើការ ឬដោះស្រាយសេចក្តីត្រូវការផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នកបាន។ (សូមប្រាប់កាលបរិច្ឆេទ ប៊ិសិនជាចាំបាច់។)	
---	--

បញ្ហាសុខភាព	ចាប់ផ្តើមពីពេលណា (ខែ/ឆ្នាំ)

7. តើលោកអ្នកមានទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ជំងឺ ឬការរលាកសរសៃលោកអ្នក នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះឬទេ?

មាន មិនមានទេ

បើមាន សូមឆ្លើយតបឱ្យបានពេញលេញខាងក្រោមនេះ៖

ឈ្មោះគ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ

លេខអ្នកជំងឺ/គ្លីនិក ឬលេខសមាជិក

លេខទូរស័ព្ទរបស់គ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ
()

ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យដែលលោកអ្នកបានជួប

អាសយដ្ឋានគ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ) ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបន្តិច

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យដំបូង

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកចុងក្រោយ

កាលបរិច្ឆេទណាត់ពិនិត្យលើកបន្ទាប់ទៀត

មូលហេតុនៃការពិនិត្យ

តើលោកអ្នកមានស្នាក់នៅស្រីយនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេលយប់ទេ? មាន មិនមានទេ

បើមាន កាលបរិច្ឆេទដែលចូល៖ កាលបរិច្ឆេទចាកចេញ៖

តើលោកអ្នកមានទទួលបានការពិនិត្យនៅក្នុងបន្ទប់សង្រ្គោះបន្ទាន់ទេ? មាន មិនមានទេ

បើមាន កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ៖

សូមរៀបរាប់ក្របខ័ណ្ឌដែលលោកអ្នកបានទទួល៖

សូមរៀបរាប់ក្របខ័ណ្ឌការព្យាបាលដែលលោកអ្នកបានទទួល និងកាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលវា៖

MC 220
Signed

8. សូមរៀបរាប់គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យណាមួយទៀត ដែលលោកអ្នកបានទទួលការពិនិត្យ នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ។

ឈ្មោះគ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ

លេខអ្នកជំងឺ/គ្លីនិក ឬលេខសមាជិក

លេខទូរស័ព្ទរបស់គ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ
()

ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យដែលលោកអ្នកបានជួប

អាសយដ្ឋានគ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ) ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបន្តិច

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យដំបូង

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកចុងក្រោយ

កាលបរិច្ឆេទណាត់ពិនិត្យលើកបន្ទាប់ទៀត

មូលហេតុនៃការពិនិត្យ

តើលោកអ្នកមានស្នាក់នៅស្រីយនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេលយប់ទេ? មាន មិនមានទេ

បើមាន កាលបរិច្ឆេទដែលចូល៖ កាលបរិច្ឆេទចាកចេញ៖

តើលោកអ្នកមានទទួលបានការពិនិត្យនៅក្នុងបន្ទប់សង្រ្គោះបន្ទាន់ទេ? មាន មិនមានទេ

បើមាន កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ៖

សូមរៀបរាប់ក្របខ័ណ្ឌដែលលោកអ្នកបានទទួល៖

សូមរៀបរាប់ក្របខ័ណ្ឌការព្យាបាលដែលលោកអ្នកបានទទួល និងកាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលវា៖

MC 220
Signed

បើលោកអ្នកទទួលបានការពិនិត្យ នៅក្នុងគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យបន្ថែមទៀត
នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ សូមបំពេញទំព័រទី 8 ។

9. តើលោកអ្នកមានទទួលបានការពិនិត្យពីគ្រូពេទ្យណា ក្រៅពីគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ ដែលលោកអ្នកបានរៀបរាប់រួចហើយ នៅក្នុងរយៈពេល12 ខែកន្លងមកនេះទេ? មាន មិនមានទេ
 បើមិនមានទេ សូមទៅសំណួរលេខ10 ។ បើមានសូមឆ្លើយតបឱ្យបានពេញលេញនូវព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ។ បើរូបពេទ្យច្រើនជាងមួយ សូមបំពេញទំព័រទី8 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាំងអស់។

County Use Only

MC 220
Signed

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ		
ឈ្មោះគ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ	លេខទូរស័ព្ទរបស់គ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ ()	
អាសយដ្ឋានគ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត
កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យដំបូង	កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកចុងក្រោយ	កាលបរិច្ឆេទណាត់ពិនិត្យលើកបន្ទាប់ទៀត
មូលហេតុនៃការពិនិត្យ		
សូមរៀបរាប់ត្រប់ថ្នាំដែលលោកអ្នកបានទទួល:		
សូមរៀបរាប់ត្រប់ការព្យាបាលដែលលោកអ្នកបានទទួល និងកាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលវា:		

10. សូមរាយខាងក្រោមនេះនូវគ្រប់គេស្តីដែលលោកអ្នកបានទទួលនៅក្នុងរយៈពេល12 ខែកន្លងមកនេះ។ សូមត្រួតពិនិត្យឱ្យបានច្បាស់លាស់នៅក្បែរគ្រប់គេស្តី (បើលិខិតលោកអ្នកផ្តល់អាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យរួចហើយ សូមដាក់តែឈ្មោះ និងកាលបរិច្ឆេទប៉ុណ្ណោះ។)

គេស្តីដែលបានធ្វើ	ទទួល	មិនទទួល	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានការិយាល័យ គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ ដែលបានទទួលធ្វើគេស្តី	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ឆ្នាំ)
អឺក្សូកាតូក្រាម (EKG)			ឈ្មោះ	
			អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	
			ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត	
ម៉ាស៊ីនដើរ (គេស្តីបេះដូងហាត់ប្រាណ)			ឈ្មោះ	
			អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	
			ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត	
ថតការស្ទង់ឱកុរដើមទ្រូង			ឈ្មោះ	
			អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	
			ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត	
គេស្តីជក់ដង្ហើម (PFT)			ឈ្មោះ	
			អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	
			ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត	
គេស្តីឈាម			ឈ្មោះ	
			អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	
			ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត	
ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់ជាអ្វី)			ឈ្មោះ	
			អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	
			ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត	

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

11. តើលោកអ្នកធ្លាប់មានការព្យាបាលសុខភាព ឬធ្វើតេស្តណាមួយផ្សេងទៀត នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះឬទេ? មាន មិនមានទេ

បើ**មាន** សូមទៅសំណួរលេខ 12 ។

បើ**មិន** សូមបំពេញទំព័រទី 8 ។

12. តើមានអ្នកណាម្នាក់(មិត្តភក្តិសមាជិកគ្រួសារអ្នកសង្គមកិច្ចអ្នកប្រឹក្សាបឋមមេធាវីអ្នកបង្ហាត់បង្រៀន ឬបុគ្គលិកណាម្នាក់) ដែលយើងអាចទាក់ទងដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មានអំពីពិបាកប្រឈមរបស់លោកអ្នក ហើយនិងរបៀបដែលវាដាក់កម្រិតលើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់លោកអ្នក ឬធ្វើឱ្យលោកអ្នកធ្វើការ មិនបាន ឬទេ? មាន មិនមានទេ

បើ**មាន** សូមដាក់ខាងក្រោមនេះ៖

ឈ្មោះ

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)

លេខទូរស័ព្ទ
()

ត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក

ឈ្មោះ

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)

លេខទូរស័ព្ទ
()

ត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក

ឈ្មោះ

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)

លេខទូរស័ព្ទ
()

ត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក

13. លោកអ្នកអាចត្រូវបានស្នើឱ្យទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពបន្ថែមទៀត ដើម្បីជួយវាយតម្លៃបញ្ហាសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ (ការពិនិត្យទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃពីលោកអ្នកឡើយ) តើលោកអ្នកសុខចិត្តទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពបន្ថែមទៀត បើសិនជាត្រូវការ ឬទេ? សុខចិត្ត មិនសុខចិត្តទេ

ផ្នែក III— ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងសង្គម និងការអប់រំរបស់លោកអ្នក

14. សូមរៀបរាប់អំពីសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ ហើយប្រាប់យើងថា បញ្ហាសុខភាពរបស់លោកអ្នកដាក់កម្រិតលើសកម្មភាពលោកអ្នកច្រើនប៉ុណ្ណា។

15. សូមពិពណ៌នាពីការអប់រំរបស់លោកអ្នក។

a. សូមស្នើសុំថ្នាក់ខ្ពស់បំផុត ដែលលោកអ្នកបានរៀនចប់នៅក្នុងសាលារៀន៖

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ឬ

GED (ឬច្បាប់រៀនចប់ថ្នាក់ទី 12) 12+

b. ចប់ពេលណា? ខែ/ឆ្នាំ៖

c. តើលោកអ្នកមានរៀនថ្នាក់អប់រំពិសេសឬទេ? មាន មិនមានទេ

16. តើលោកអ្នកមានធ្វើការងារប្រភេទណាមួយ ឱ្យបានយូរជាង 30 ថ្ងៃ នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំកន្លងមកនេះឬទេ? (គិតទាំងការងារធ្វើនៅប្រទេសផ្សេងទៀតផងដែរ) មាន មិនមានទេ

បើ**មិនមានទេ** រំលងផ្នែក IV ចោល ហើយទៅផ្នែក V នៅទំព័រទី 7 សម្រាប់ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក។

បើ**មាន** សូមឆ្លើយផ្នែក IV នៅទំព័រទី 5 ចាប់ផ្តើមនឹងលេខ 17 ។

County Use Only

ផ្នែក IV—ប្រវត្តិការងារ I

County Use Only

17. សូមរៀបរាប់គ្រប់ការងារដែលលោកអ្នកបានធ្វើយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃនៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំកន្លងមកនេះ។ ចាប់ផ្តើមពីការងារចុងក្រោយគេ។ (បើលោកអ្នកមានការងារច្រើនជាងពីរ សុំសម្រួលតម្លៃដោយប្រើការប្រចាំស្រុករបស់លោកអ្នក។)

a. ឈ្មោះការងារ	ប្រភេទក្រុមហ៊ុន		
កាលបរិច្ឆេទធ្វើការ (ខែ/ឆ្នាំ) ពី: ដល់:	ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍	អត្រាប្រាក់	ក្នុងមួយម៉ោង/សប្តាហ៍/ខែ

ព័ត៌មានការងារ (នេះគឺជាផ្នែកដែលខ្ញុំធ្វើ និងរបៀបដែលខ្ញុំធ្វើវា)

ទាំងនេះជាឧបករណ៍ ម៉ាស៊ីន និងប្រដាប់ប្រដាដែលខ្ញុំបានប្រើ:

ខ្ញុំត្រូវការពេលវេលាអស់ប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីរៀនធ្វើការងារនេះ: ថ្ងៃ ឬ ខែ

ខ្ញុំបានសរសេរ ចំពេញតាមការណ៍ ឬធ្វើតួនាទីបែបស្រដៀងនេះ: បាន មិនបានទេ

ខ្ញុំមានតួនាទីត្រួតពិនិត្យលើអ្នកផ្សេង: មាន មិនមានទេ

សកម្មភាពប្រើកំលាំងកាយ (ឱ្យសម្រេចយកមួយ)

ខ្ញុំបានរើរំលងម៉ោងដូចតទៅ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
ខ្ញុំបានឈរម៉ោងដូចតទៅ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
ខ្ញុំបានអង្គុយម៉ោងដូចតទៅ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:	0	1	2	3	4	5	6	7	8

ខ្ញុំបានឡើងទីក្រុងស្រីប៉ុណ្ណោះ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:

មិនដែលទេ តូចកាល ញឹកញាប់ ជានិច្ច

ខ្ញុំបាននិស្សិតប៉ុណ្ណោះ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:

មិនដែលទេ តូចកាល ញឹកញាប់ ជានិច្ច

ទម្ងន់បំផុត ដែលខ្ញុំបានលើក: 10 lbs 20 lbs 50 lbs លើសពី 100 lbs

ជារៀងៗ ខ្ញុំបានលើកទម្ងន់ដល់ទៅ: 10 lbs 20 lbs 50 lbs លើសពី 100 lbs

តើលោកអ្នកមានបញ្ហាសុខភាព ដូចដែលមានឥឡូវនេះទេ នៅពេលលោកអ្នកធ្វើការងារនេះពីពេលមុន? មាន មិនមានទេ

បើ **មិនមានទេ** ហើយលោកអ្នកមិនមានការងារផ្សេងទេ សូមទៅផ្នែក V នៅទំព័រ 7 សម្រាប់ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក។

បើ **មិនមានទេ** ប៉ុន្តែលោកអ្នកមានការងារផ្សេង សូមទៅសំណួរ 17b នៅទំព័រ បន្ទាប់។

បើ **មាន** សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ។

ឈ្មោះបញ្ហាសុខភាព:

តើនិយោជករបស់លោកអ្នកមានធ្វើការសម្រួលពិសេស (ដូចជាឱ្យពេលសម្រាកបន្ថែម ផ្តល់ប្រដាប់ប្រដាពិសេស ផ្លាស់ប្តូរតួនាទីការងារ ។ល។) ដើម្បីឱ្យលោកអ្នកអាចបន្តធ្វើការ ឬទេ? មាន មិនមានទេ

បើ **មាន** សូមរៀបរាប់ការសម្រួលពិសេសដែលបានធ្វើ:

តើលោកអ្នកត្រូវតែឈប់ធ្វើការងារនេះ ដោយសារបញ្ហាសុខភាពរបស់លោកអ្នកឬទេ? ត្រូវឈប់ មិនត្រូវឈប់ទេ

បើ **ត្រូវឈប់** តើពេលណា? ខែ ថ្ងៃ

បើ **មិនត្រូវឈប់ទេ** តើពេលណា? ខែ ឆ្នាំ

តើលោកអ្នកធ្លាប់មានការងារផ្សេងណាដែល លើសពី 30 ថ្ងៃ នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំកន្លងមកនេះទេ? មាន មិនមានទេ

បើ **មិនមានទេ** សូមទៅផ្នែក V នៅទំព័រ 7 សម្រាប់ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក។ បើ **មាន** សូមបន្តទៅសំណួរ 17b នៅទំព័រ បន្ទាប់។

ផ្នែក IV—ប្រវត្តិការងារ II

County Use Only

17. b. ឈ្មោះការងារ	ប្រភេទក្រុមហ៊ុន		
កាលបរិច្ឆេទធ្វើការ (ខែ/ឆ្នាំ) ពី: _____ ដល់: _____	ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍	អត្រាប្រាក់	ក្នុងមួយម៉ោង/សប្តាហ៍/ខែ

ពិពណ៌នាការងារ (នេះគឺជាផ្ទៃដែលខ្ញុំធ្វើ និងរបៀបដែលខ្ញុំធ្វើវា)

ទាំងនេះជាឧបករណ៍ ម៉ាស៊ីន និងប្រដាប់ប្រដាដែលខ្ញុំបានប្រើ:

ខ្ញុំត្រូវការពេលវេលាអស់ប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីរៀនធ្វើការងារនេះ: ថ្ងៃ ឬ ខែ

ខ្ញុំបានសរសេរ បំពេញរបាយការណ៍ ឬធ្វើត្រួតពិនិត្យបែបស្រដៀងនេះ: បាទ មិនបាទទេ

ខ្ញុំមានតួនាទីត្រួតពិនិត្យលើអ្នកផ្សេងៗ: បាទ មិនបាទទេ

សកម្មភាពប្រើកំលាំងកាយ

(ឮសរសេរយកមួយ)

ខ្ញុំបានដើរចំនួនម៉ោងដូចតទៅ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
ខ្ញុំបានឈរចំនួនម៉ោងដូចតទៅ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
ខ្ញុំបានអង្គុយចំនួនម៉ោងដូចតទៅ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:	0	1	2	3	4	5	6	7	8

ខ្ញុំបានឡើងទីខ្ពស់ច្រើនប៉ុណ្ណោះ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:
 មិនដែលទេ តូចណាស់ ញឹកញាប់ ជាទិញ

ខ្ញុំបានដុតចុះច្រើនប៉ុណ្ណោះ នៅក្នុងថ្ងៃធ្វើការជាមធ្យម:
 មិនដែលទេ តូចណាស់ ញឹកញាប់ ជាទិញ

ទម្ងន់ធ្ងន់បំផុត ដែលខ្ញុំបានលើក: 10 lbs 20 lbs 50 lbs លើសពី 100 lbs

ជាញឹកញយ ខ្ញុំបានលើកទម្ងន់ដល់ទៅ: 10 lbs 20 lbs 50 lbs លើសពី 100 lbs

តើលោកអ្នកមានបញ្ហាសុខភាព ដូចដែលមានឥទ្ធិពលនេះទេ នៅពេលលោកអ្នកធ្វើការងារនេះពីពេលមុន? បាទ មិនបាទទេ

បើ**មិនបាទទេ** ហើយលោកអ្នកមិនមានការងារផ្សេងទេ សូមទៅផ្នែក V នៅទំព័រទី 7 សម្រាប់ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក។

បើ**មិនបាទទេ** ប៉ុន្តែលោកអ្នកមានការងារផ្សេង ទោះសូមសន្លឹកបន្ថែមពីអ្នកធ្វើការប្រចាំស្រុករបស់លោកអ្នក។

បើ**បាទ** សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ។

ឈ្មោះបញ្ហាសុខភាព:

តើនិយោជករបស់លោកអ្នកមានធ្វើការសម្រួលពិសេស (ដូចជាឱ្យពេលសម្រាកបន្ថែម ផ្តល់ប្រដាប់ប្រដាពិសេស ផ្លាស់ប្តូរតួនាទីការងារ ។ល។)

ដើម្បីឱ្យលោកអ្នកអាចបន្តធ្វើការ ឬទេ? បាទ មិនបាទទេ

បើ**បាទ** សូមរៀបរាប់ការសម្រួលពិសេសដែលបានធ្វើ:

តើលោកអ្នកត្រូវតែឈប់ធ្វើការងារនេះ ដោយសារបញ្ហាសុខភាពរបស់លោកអ្នកឬទេ? ត្រូវឈប់ មិនត្រូវឈប់ទេ

បើ**ត្រូវឈប់** តើពេលណា? ខែ _____ ថ្ងៃ _____ ឆ្នាំ _____

តើលោកអ្នកធ្លាប់មានការងារផ្សេងណាក៏ដោយ លើសពី 30 ថ្ងៃ នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំកន្លងមកនេះទេ? បាទ មិនបាទទេ

បើ**មិនបាទទេ** សូមទៅផ្នែក V ទំព័រទី 7 សម្រាប់ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក។ បើ**បាទ** ទោះសូមសន្លឹកបន្ថែមពីអ្នកធ្វើការប្រចាំស្រុករបស់លោកអ្នក។

ផ្នែក V—ហត្ថលេខា និងការបញ្ជាក់

ខ្ញុំសូមប្រកាសដោយប្រចុយទោសស្បថបំពាន នៅក្រោមច្បាប់របស់សហរដ្ឋអាមេរិក ហើយនិងរដ្ឋCalifornia ថាព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសេចក្តីថ្លែងហេតុការណ៍បន្ថែមនេះ គឺពិត ហើយត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ▶	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាសាក្សី (បើអ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះហត្ថលេខាដោយដោយគំនូសតាង)	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាអ្នកដែលជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឱ្យបំពេញបែបបទ ▶	កាលបរិច្ឆេទ

លោកអ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើក្រដាសអនុញ្ញាតការបញ្ជូនព័ត៌មានមួយសន្លឹក សម្រាប់រាល់គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ និងកន្លែងធ្វើតេស្តនីមួយៗ ដែលលោកអ្នកបានដាក់ ហើយសម្រាប់ត្រូវពេទ្យម្នាក់ៗ ដែលលោកអ្នកបានជួបក្រៅពីគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកធ្វើការប្រចាំស្រុករបស់លោកអ្នក នឹងផ្តល់នូវបែបបទបន្ថែមទៀត ដែលលោកអ្នកត្រូវចុះហត្ថលេខា។

ចង្ហើយបន្តទៀត សម្រាប់សំណួរលេខ 8 នៅទំព័រទី 2 សំណួរលេខ 9 នៅទំព័រទី 3 ហើយសំណួរលេខ 10 នៅទំព័រទី 3។ បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការការពន្យល់សរសេរ
បន្ថែមទៀត នោះសូមសន្លឹកបន្ថែមពីអ្នកធ្វើការប្រចាំស្រុករបស់លោកអ្នក។

សូមរៀបរាប់ពីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យណាមួយទៀត ដែលលោកអ្នកបានទទួលការពិនិត្យ នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ។

County Use Only

MC 220
Signed

ឈ្មោះគ្លីនិក/ មន្ទីរពេទ្យ		
លេខអ្នកជំងឺ/ គ្លីនិក ឬលេខសមាជិក	លេខទូរស័ព្ទរបស់គ្លីនិក/ មន្ទីរពេទ្យ ()	
ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យដែលលោកអ្នកបានជួប		
អាសយដ្ឋានគ្លីនិក/ មន្ទីរពេទ្យ (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត
កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យដំបូង	កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកចុងក្រោយ	កាលបរិច្ឆេទណាត់ពិនិត្យលើកបន្ទាប់ទៀត
មូលហេតុនៃការពិនិត្យ		
តើលោកអ្នកមានស្នាក់អាស្រ័យនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេលយប់ទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ		
បើមាន កាលបរិច្ឆេទដែលចូល:		កាលបរិច្ឆេទចាកចេញ:
តើលោកអ្នកមានទទួលការពិនិត្យនៅក្នុងបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ		
បើមាន កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ:		
សូមរៀបរាប់គ្រប់ធុំដែលលោកអ្នកបានទទួល:		
សូមរៀបរាប់គ្រប់ការព្យាបាលដែលលោកអ្នកបានទទួល និងកាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលវា:		

សូមដាក់ឈ្មោះគ្រូពេទ្យណាមួយទៀត ដែលលោកអ្នកបានជួប ក្រៅពីគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ ដែលលោកអ្នកបានដាក់រួចហើយ:

MC 220
Signed

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ		
លេខអ្នកជំងឺ/ គ្លីនិក ឬលេខសមាជិក	លេខទូរស័ព្ទរបស់គ្រូពេទ្យ ()	
ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យដែលលោកអ្នកបានជួប		
អាសយដ្ឋានគ្លីនិក/ មន្ទីរពេទ្យ (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត
កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យដំបូង	កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកចុងក្រោយ	កាលបរិច្ឆេទណាត់ពិនិត្យលើកបន្ទាប់ទៀត
មូលហេតុនៃការពិនិត្យ		
សូមរៀបរាប់គ្រប់ធុំដែលលោកអ្នកបានទទួល:		
សូមរៀបរាប់គ្រប់ការព្យាបាលដែលលោកអ្នកបានទទួល និងកាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលវា:		

សូមដាក់គេស្តណាមួយទៀត ដែលលោកអ្នកទទួល នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ:

MC 220
Signed

គេស្តដែលបានធ្វើ	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានការិយាល័យ គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ ដែលបានទទួលធ្វើគេស្ត	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ឆ្នាំ)
	ឈ្មោះ:	
	អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	
	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត	
	ឈ្មោះ:	
	អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ ផ្លូវ លេខការិយាល័យ)	
	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដបង្កើត	

MC 220
Signed