

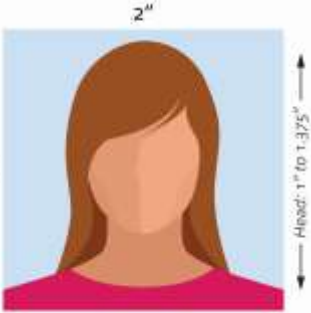


# កម្មវិធីប័ណ្ណរូបថតជនពិការដែលមានថ្លៃសេវាបញ្ចុះតម្លៃ

## អំពីប័ណ្ណ

OmniTrans មានសេចក្តីរីករាយ ដើម្បីផ្តល់ប័ណ្ណ (ID) រូបថតជនពិការជូនបុគ្គលដែលមានពិការភាព។ ប័ណ្ណនេះ ផ្តល់ជូនបុគ្គលដែលមានពិការភាពដែលមានលិខិតបញ្ជាក់សមរម្យពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសំបុត្រប័ណ្ណជិះរថយន្តក្រុងនិងថ្លៃសំបុត្រធ្វើដំណើរជាសាច់ប្រាក់ដែលមានបញ្ចុះតម្លៃ។ ដើម្បីផ្តល់ប័ណ្ណ ID រូបថតជនពិការ លោកអ្នកត្រូវតែប្រគល់ជូនឯកសារទាំងអស់ខាងក្រោមនេះ ទៅ OmniTrans:

- ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច (បានភ្ជាប់ជូន)
- ឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់នៃលិខិតបញ្ជាក់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន ដូចខាងក្រោម៖ \*
  - បង្កាន់ដៃប្រកាសអំពីភាពពិការរបស់នាយកដ្ឋានយានយន្ត
  - ប័ណ្ណកម្មវិធីមេឌីគែរធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ( Social Security Medicare Card ) ឬលិខិតសម្រេចឱ្យមានការធានារ៉ាប់រង
  - V.A. លិខិតបញ្ជាក់ពីភាពពិការ 50% ឬលើសពីនេះ
- រូបថតពណ៌ធម្មជាតិមួយសន្លឹករបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ (រូបថតមិនអាចប្រគល់ជូនវិញបានទេ)៖
  - រូបថតទំហំកាបូបលុយ
  - ក្បាលនិងស្មា ផ្នែកខាងមុខមើលចំការមេរ៉ា (សូមមើលគំរូ)
  - ផ្ទៃខាងក្រោយពណ៌សធម្មតា (ឬពណ៌ស្រាល)
  - មិនមានម្ជុក ក្រមា វ៉ែនតា ឬប្រដាប់ពាក់លើសក់ ដើម្បីលាក់បាំងលក្ខណៈពិសេសនានា  
(សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំពាក់ប្រដាប់ប្រដារគ្របលើក្បាលដោយសារហេតុផលសាសនា ឬវ៉ែនតាដែលមានស្រមោលដោយសារបញ្ហាពិបាកមើលឃើញនោះ សូមដាក់ជូនកំណត់ហេតុមួយដែលមានរូបថតរបស់អ្នក ហើយការណ៍នេះគេអាចទទួលយកបាន)
- ថ្លៃសេវាដំណើរការដែលមិនអាចប្រគល់ជូនវិញបានចំនួន \$2.00 ដុល្លារ (សែកប័ណ្ណទូទាត់ប្រាក់តាមធនាគារឬប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍តែប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចទូទាត់បានជូន OmniTrans - គ្មានសាច់ប្រាក់ទេ)



សូមកត់សម្គាល់៖ ប័ណ្ណ ID រូបថតជនពិការ មានសុពលភាពរហូតដល់ប្រាំឆ្នាំ ហើយផុតកំណត់នៅថ្ងៃកំណើតរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណ។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ជូននៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវរក្សាការសម្ងាត់។

## \* ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងនៃពិការភាព

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានទម្រង់មួយនៃលិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងនៃពិការភាពដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ (បង្កាន់ដៃ DMV, ប័ណ្ណការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ឬលិខិត V.A.) សូមបំពេញពាក្យសុំដែលបានភ្ជាប់ជូន ហើយសូមឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់បំពេញផ្នែកទីពីរ (2) នៃពាក្យសុំ (បានភ្ជាប់ជូន)។

## ទីកន្លែងត្រូវដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក

នៅពេលពាក្យសុំរបស់អ្នកបំពេញរួចហើយ សូមផ្ញើជូនគ្រប់ទំព័រទាំងអស់ ព្រមជាមួយរូបថតទំហំកាបូបលុយរបស់អ្នក និងថ្លៃសេវាដំណើរការដែលមិនអាចប្រគល់ជូនវិញបានចំនួន \$2.00 ដុល្លារ ជូនទៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោម។ ត្រូវចងចាំថា មិនត្រូវផ្ញើជូនឯកសារសំណើដើមនៃលិខិតបញ្ជាក់ភស្តុតាងពិការភាព ឬសាច់ប្រាក់ឡើយ។

OmniTrans  
Attn: Special Transportation Services  
1700 W. 5th St.  
San Bernardino, CA 92411

សូមកត់សម្គាល់៖ នៅពេលពាក្យសុំរបស់អ្នកបានបំពេញនោះ ត្រូវបានទទួលរួចហើយ វានឹងត្រូវចំណាយពេលប្រហែល 10 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ ដើម្បីដំណើរការឯកសារនេះ។ នៅពេលពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត ប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នកនឹងត្រូវផ្ញើជូនទៅលោកអ្នកតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬសំណួរបន្ថែម សូមហៅទូរស័ព្ទមកសេវាកម្មអតិថិជន (OmniTrans Customer Service) តាមលេខ (909) 379-7100.

# សំណុំបែបបទនេះ ត្រូវតែបំពេញដោយអ្នកដាក់ពាក្យសុំទាំងអស់



## ពាក្យសុំប័ណ្ណរូបថតជនពិការដែលមានបញ្ចុះតម្លៃ សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពព័ត៌មានទាំងអស់

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_  
(នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល)

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_ ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ កូដទីក្រុង: \_\_\_\_\_  
(លេខ ផ្លូវ លេខផ្ទះអាបជាតិមេន)

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_  
(ខែ កាលបរិច្ឆេទ ឆ្នាំ)

### សូមគូសប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំប័ណ្ណថ្លៃសេវាដែលមានបញ្ចុះតម្លៃ

សម្គាល់: ប្រសិនបើលោកអ្នកគូសប្រយោជន៍ 1 - 3 លោកអ្នកត្រូវតែ ដាក់ជូនឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់នៃលិខិតបញ្ជាក់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជាមួយនឹងពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគូសប្រយោជន៍ 4 លោកអ្នកត្រូវតែ ដាក់ជូនសំណុំបែបបទផ្នែក 2 ដែលបានបំពេញហើយ (បានភ្ជាប់) ជាមួយនឹងពាក្យសុំនេះ។

- ប័ណ្ណកម្មវិធីមេឌីគែមធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (Social Security Medicare Card) ឬលិខិតសម្រេចឱ្យមានការធានារ៉ាប់រង
- ប័ណ្ណប្រកាសបុគ្គលពិការភាព/បង្កាន់ដៃរបស់នាយដ្ឋានយានយន្ត
- V.A. លិខិតបញ្ជាក់ពីភាពពិការ 50% ឬលើសពីនេះ
- ពិការភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ បំពេញសំណុំបែបបទផ្នែកទី 2 (បានភ្ជាប់ជូន) សម្រាប់ការចេញផ្សាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយប្រគល់ជូនកញ្ចប់ពាក្យសុំនេះទៅអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីបំពេញដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមប្រកាសនៅស្ថិតនៅក្រោមការពិន័យពីការស្នើសុំបំពេញលើច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា California ថាចម្លើយនានាដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានផ្តល់ជូនគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_  
(ឬអាណាព្យាបាល ប្រសិនបើបេក្ខជនមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ)

សូមកុំភ្លេចដាក់រូបថតទំហំកាបូបលុយរបស់អ្នក ឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់នៃលិខិតបញ្ជាក់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក និងថ្លៃសេវាដំណើរការដែលមិនអាចប្រគល់ជូនវិញបានចំនួន \$2.00 ដុល្លារជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅ:

OmniTrans  
Attn.: Special Transportation Services  
1700 W. 5th St.  
San Bernardino, CA 92411

OmniTrans សូមរក្សាសិទ្ធិក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយនៃភាពមានសិទ្ធិទទួលបានប័ណ្ណថ្លៃសេវាដែលមានបញ្ចុះតម្លៃ។ ការដាក់ពាក្យសុំនេះសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្នែកប័ណ្ណថ្លៃសេវា ហើយមិនកំណត់ចំពោះការពិនិត្យឡើងវិញជាសាធារណៈឡើយ។ ហើយនេះត្រូវបានគេយល់ថា ការចេញប័ណ្ណថ្លៃសេវាដែលមានបញ្ចុះតម្លៃ គឺសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណសេវាកម្មឆ្លងកាត់ វាមិនអាចផ្ទេរកម្មសិទ្ធិបានទេ។ ប្រសិនបើពាក្យសុំប័ណ្ណថ្លៃសេវាដែលមានបញ្ចុះតម្លៃត្រូវបានបដិសេធនោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ ដោយគិតចាប់ពីថ្ងៃលិខិតបដិសេធ ដោយស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញ និងការគិតពិចារណាឡើងវិញលើពាក្យសុំនេះ។



## ផ្នែក 2

### កំណត់ហេតុសម្រាប់អ្នកបញ្ជាក់លិខិតវេជ្ជសាស្ត្រ

កម្មវិធីប័ណ្ណរូបថតជនពិការដែលមានថ្លៃសេវាបញ្ចុះតម្លៃ Omnitrans អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនានា ដើម្បីទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃសំបុត្រ ដែលកំណត់ដោយច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ អ្នកជំងឺដែលបានស្នើសុំឱ្យលោកអ្នកបំពេញសំណុំបែបបទដែលបានភ្ជាប់ជូននេះ កំពុងស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃបែបនេះ។

សូមជួយយើងខ្ញុំធ្វើឱ្យប្រាកដថា មានតែបុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់តែប៉ុណ្ណោះដែលទទួលបានការបញ្ជាក់។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវតម្រូវការទាមទារភាពមានសិទ្ធិទទួលបាននៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសំណុំបែបបទនេះ និងផ្នែកខាងក្រោម មុនពេលបំពេញលិខិតបញ្ជាក់នេះ។ បើលោកអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទាក់ទងមក Omnitrans តាមលេខ (909) 379-7100.

**សម្គាល់៖** ដើម្បីបញ្ជាក់ពីបុគ្គលដែលពិការឬជនពិការសម្រាប់ប័ណ្ណជនពិការដែលមានថ្លៃសេវាបញ្ចុះតម្លៃ Omnitrans លោកអ្នកត្រូវតែយល់ព្រម៖

- បញ្ជាក់ថាអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់តែបុគ្គលដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដែលបានបញ្ចូលក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ជូនការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះតាមការស្នើសុំ។
- មានសញ្ញាប័ត្រជំនាញវិជ្ជាជីវៈត្រឹមត្រូវ និងមានអាជ្ញាប័ណ្ណនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា California ដូចខាងក្រោម៖
  - គ្រូពេទ្យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណដោយមានសញ្ញាប័ត្រ M.D. ឬ D.O. ជាអ្នកជំនួយការគ្រូពេទ្យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណនិងគ្រូពេទ្យគិលានុបដ្ឋាយិកា អាចបញ្ជាក់គ្រប់ប្រភេទទាំងអស់ ដែលពួកគេត្រូវបានផ្តល់ជូនអាជ្ញាប័ណ្ណធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។
  - អ្នកជំនាញផ្នែកព្យាបាលផ្លូវចិត្តដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ អាចបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រភេទ 1 - 4 (សូមមើលផ្នែកខាងក្រោយ)។
  - អ្នកជំនាញព្យាបាលជំងឺជើងដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ អាចបញ្ជាក់ភាពពិការពាក់ព័ន្ធនឹងជើងនៅក្នុងប្រភេទ 1 - 4 (សូមមើលផ្នែកខាងក្រោយ)។
  - អ្នកជំនាញពិនិត្យភ្នែកនិងប្រើឡង់ទីដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ អាចបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រភេទ 9 (សូមមើលផ្នែកខាងក្រោយ)។
  - អ្នកជំនាញខាងសោតវិញ្ញាណឬការស្តាប់ ដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ អាចបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រភេទ 10 (សូមមើលផ្នែកខាងក្រោយ)។
  - អ្នកចិត្តសាស្ត្រគ្លីនិកដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ និងអ្នកចិត្តសាស្ត្រអប់រំដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ អាចបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រភេទ 12, 15, 16, និង 17 (សូមមើលផ្នែកខាងក្រោយ)។
  - បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ឬ CSCs អាចបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រភេទ 17 (សូមមើលផ្នែកខាងក្រោយ)។

អាសយដ្ឋាននិងព័ត៌មានអាជ្ញាប័ណ្ណវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក (តម្រូវឱ្យមាននៅក្នុងសំណុំបែបបទពាក្យសុំនីមួយៗ) នឹងត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយក្រុមប្រឹក្សាអាជ្ញាប័ណ្ណវេជ្ជសាស្ត្ររដ្ឋ និងនាយកដ្ឋានកិច្ចការអតិថិជនរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

សូមអរគុណលោកអ្នកចំពោះការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់អ្នក ដើម្បីជួយ Omnitrans ផ្តល់ជូនសេវាកម្មប្រកបដោយគុណភាពដល់អតិថិជនទាំងអស់ និងសម្រាប់ការជួយរក្សាសេចក្តីសុចរិតចំពោះកម្មវិធីប័ណ្ណរូបថតជនពិការដែលមានថ្លៃសេវាបញ្ចុះតម្លៃ Omnitrans។

# លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះកម្មវិធីបំណុលរូបថតជនពិការ/ថ្លៃសេវាបញ្ជុះតម្លៃ OMNITRANS

អ្នកដាក់ពាក្យសុំមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីនេះ ដែលស្ថិតក្រោមប្រភេទនានាដូចខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេមានលក្ខខណ្ឌដែល៖

- ប្រភេទ 1 — ពិការភាពដែលមិនអាចដើរបាន៖ ធ្វើឱ្យមានលក្ខណៈចាំបាច់ ដើម្បីប្រើទេះកង់រុញសម្រាប់ការចល័តទឹកនៃង។
- ប្រភេទ 2 — ជំនួយភាពចល័តទឹកនៃង៖ ធ្វើឱ្យពិបាកដើរដោយមិនចាំបាច់មានជំនួយ ដែលពួកគេត្រូវប្រើជំនួយចល័តទឹកនៃង។
- ប្រភេទ 3 — ការចុះខ្សោយសាច់ដុំ-គ្រោងឆ្អឹង (រួមទាំងជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង)៖ លទ្ធផលនៅក្នុងការចុះខ្សោយសាច់ដុំ-គ្រោងឆ្អឹង ឧទាហរណ៍ ជំងឺខ្វះអាហារ ចិញ្ចឹមសាច់ដុំ ជំងឺឆ្អឹងប្រេះស្រួយពីកំណើត ឬជំងឺរលាកសន្លាក់ប្រភេទណាមួយ (ដូចជាថ្នាក់មុខងារ Class III ឬ កាយវិភាគសាស្ត្រ Stage III)។
- ប្រភេទ 4 — ការកាត់ដៃជើងឬសរីរាង្គណាមួយ៖ លទ្ធផលទាំងការកាត់ដៃជើងឬសរីរាង្គណាមួយឬការខូចទ្រង់ទ្រាយខ្លាំង/ការបាត់បង់មុខងារ៖ a) ដៃទាំងពីរ; ឬ b) ដៃម្ខាង និងជើងម្ខាង ឬ c) ជើងមួយឬទាំងសងខាងលើផ្នែកប្រអប់ជើងឬកជើង។
- ប្រភេទ 5 — គ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺសរសៃឈាមខួរក្បាល (ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល)៖ ត្រូវបានបង្កឡើងឬលទ្ធផលនៅក្នុង៖ a) ជំងឺស្លឹកឬដំណើរគាំងចលនាសរសៃឈាមខួរក្បាល; ឬ b) ការខ្វះខាតចលកម្មខងារគាំទ្រពីចលនានៅក្នុងផ្នែកណាមួយនៃចុងជើងពីរ; ឬ c) រោគយឺតសរសៃដែលមានផលប៉ះពាល់ដល់ចុងជើងពីរ ដែលបង្ហាញឱ្យឃើញសញ្ញាខួរក្បាលសមស្រប ឬការបាត់បង់អាការៈខាងក្នុងយូរជាងបួនខែ។
- ប្រភេទ 6 — ជំងឺស្លឹក៖ ត្រូវបានពិពណ៌នាថាជាការចុះខ្សោយផ្លូវដង្ហើមនៃថ្នាក់ Class III និង IV។ (Class III - FVC នៅចន្លោះនៃការព្យាករណ៍ 51 ភាគរយ និង 59 ភាគរយ; ឬ FEV នៅចន្លោះនៃការព្យាករណ៍ 41 និង 59 ភាគរយ។ Class IV - FVC ការព្យាករណ៍មានតិចជាងឬស្មើនឹង 50 ភាគរយ; ឬ FEV ការព្យាករណ៍មានតិចជាងឬស្មើនឹង 40 ភាគរយ)។
- ប្រភេទ 7 — ជំងឺបេះដូង៖ គឺជាលទ្ធផលនៃជំងឺបេះដូង និងបណ្តាលឱ្យបុគ្គលនានាបង្ហាញពីការកំណត់លក្ខខណ្ឌដែលកត់សម្គាល់នៃសកម្មភាពរាងកាយនៅថ្នាក់មុខងារ Class III ឬ IV។
- ប្រភេទ 8 — ការលាងឈាម៖ តម្រូវឱ្យមានការប្រើម៉ាស៊ីនលាងក្រលៀន។
- ប្រភេទ 9 — ពិការភាពការមើលឃើញ៖ លទ្ធផលនៃការមើលឃើញតាមភ្នែកឬប្រសើរជាងមុន បន្ទាប់ពីការកែតម្រូវដំណុំផុតក៏កម្រិត 20/200 ឬតិចជាងនេះ; ឬបុគ្គលទាំងឡាយណានៅទីវាលដែលអាចមើលឃើញ គឺមានភ្នែករួម (ដែលគេស្គាល់ជាទូទៅថាការមើលឃើញដូចរូងក្រោមដី)៖ a) ដល់កម្រិត 10 ឬតិចជាងពីចំណុចកម្រិតចាប់យក; ឬ b) ដូច្នោះអង្កត់ផ្ចិតធំបំផុតពង្រីកមុំមិនលើសពី 20 ដឺក្រេ; និង c) ដែលមិនអាចអានសញ្ញាព័ត៌មានឬនិមិត្តសញ្ញាក្រៅពីហេតុផលភាសា។
- ប្រភេទ 10 — ពិការភាពការស្តាប់៖ គឺដោយសារតែភាពថ្លង់ឬអសមត្ថភាពនៃការស្តាប់ ដែលធ្វើឱ្យមិនអាចធ្វើទំនាក់ទំនងឬស្តាប់សញ្ញាព្រមានប្រុងប្រយ័ត្នដែលការបាត់បង់ការស្តាប់នេះគឺ 70 dba ឬច្រើនជាងនេះ នៅក្នុងកម្រិត 500, 1000, 2000 Hz។
- ប្រភេទ 11 — ពិការភាពសាច់ដុំរាងកាយមិនធ្វើសកម្មភាពរួមគ្នា៖ បណ្តាលឱ្យមានការសម្របសម្រួលខុសប្រក្រតីឬជំងឺស្លឹកពីខួរក្បាល រឬស្តើងខ្នងឬសរសៃប្រសាទ ដែលរួមទាំងរឬសសរសៃប្រសាទមុខងារ និង/ឬ កង្វះមុខងារដំណើរការអរវយវៈទាំងពីរឬដែលកាត់បន្ថយការចល័តទឹកនៃង ដំណើរការឬការយល់ដឹងដោយវិញ្ញាណដែលមិនគិតពីប្រភេទមុនៗ។
- ប្រភេទ 12 — ការលូតលាស់យឺតយ៉ាវផ្នែកសតិបញ្ញា៖ លទ្ធផលនៃមុខងារបញ្ញាទូទៅមានកម្រិតក្រោមមធ្យមដែលមានដើមកំណើតនៅអំឡុងពេលនៃការលូតលាស់ឬពីជំងឺឬគ្រោះថ្នាក់ក្រោយៗទៀតនៅក្នុងជីវិតរស់នៅដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាកប្បកិរិយាបន្តខ្លួនចុះខ្សោយ។
- ប្រភេទ 13 — ជំងឺស្លឹកខួរក្បាល៖ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពីកំណើត ឬទារកទើបនឹងកើត ឬបណ្តាលមកពីជំងឺឬគ្រោះថ្នាក់ពេលក្រោយទៀត និងមិនរីកចម្រើន។ ពួកគេបង្ហាញពីការដើរថយក្រោយដែលកត់សម្គាល់ ឬការភ្លេចភ្លាំងមុខងារប្រើដៃជើង (ខ្លិនភាព ទន់ខ្សោយ សាច់ដុំរាងកាយមិនធ្វើសកម្មភាពរួមគ្នា) និង/ឬ ការខូចខាតខួរក្បាលសរីរាង្គ ដូចជាជំងឺរង្វង់ស្មារតី ការប្រកាច់ ការលូតលាស់យឺតយ៉ាវផ្នែកសតិបញ្ញា ការលំបាករៀនសូត្រ និងបញ្ហាអាកប្បកិរិយា។
- ប្រភេទ 14 — ជំងឺស្តុន់ឬជំងឺឆ្អាតជ្រូក (បញ្ហាសាច់ដុំញ័រកន្ត្រាក់)៖ បញ្ហាគ្លីនិកដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយស្មារតី ដែលកំណត់លក្ខណៈពិការប្រកាច់។
- ប្រភេទ 15 — ជំងឺខ្វះផ្លូវស្មារតីដែលមានលក្ខណៈដូចគ្នា៖ នៅពេលមានវត្តមាននៅក្នុងកុមារ រួមមានការដកខ្លួនថយ ទំនាក់ទំនងសង្គមមិនគ្រប់គ្រាន់ ការរំខានភាសា និងចរិយាច្រំដែលគ្មានប្រែប្រួល។ មុខងារបញ្ញាទូទៅខ្សោយ ការដកខ្លួនថយធ្ងន់ធ្ងរ និងការឆ្លើយតបមិនសមរម្យចំពោះសកម្មភាពខាងក្នុងខ្លួន ដែលអាចមានផងដែរ។
- ប្រភេទ 16 — ការចុះខ្សោយសរសៃប្រសាទ៖ មានចរិតលក្ខណៈដោយការរៀនសូត្រ ការយល់ដឹងដោយវិញ្ញាណ និង/ឬ បញ្ហាអាកប្បកិរិយាចំពោះបុគ្គលដែលមាន IQ មិនតិចជាងគម្លាតស្តង់ដារពីរក្រោមបទដ្ឋាននេះ ហើយបណ្តាលមកពីការខូចមុខងារខួរក្បាល (ភាពមិនប្រក្រតីណាមួយក្នុងការរៀនសូត្រដោយប្រើវិញ្ញាណ) ជំងឺសរសៃប្រសាទ ឬការខូចខាតណាមួយប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល ដោយមិនគិតពីបុព្វហេតុទេ។ ប្រភេទនេះ រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលមានបញ្ហាការដើរធ្ងន់ធ្ងរដែលត្រូវបានកំណត់លក្ខខណ្ឌនៅក្នុងការចល័តទឹកនៃង។

ប្រភេទ 17 — បញ្ហាសតិបញ្ញាឬខ្លាចរក្សាលះ បុគ្គលនានាដែលខ្សោយខាងផ្លូវចិត្តយ៉ាងខ្លាំង ដែលមានកំណត់មួយឬច្រើននៃសកម្មភាពជីវិតសំខាន់ៗរបស់ពួកគេ។ ហើយនេះ រួមបញ្ចូលទាំងអសមត្ថភាពរៀនសូត្រ ធ្វើការឬថែទាំខ្លួនឯង។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសំខាន់ពីការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ DSM IV នៅក្នុងផ្នែកមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម តម្រូវឱ្យមានភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ ជំងឺផ្លូវចិត្តសរីរាង្គ ជំងឺសរសៃប្រសាទ ជំងឺរីកលចរិក ជំងឺរីកលចរិកដែលមិនត្រូវបានគេចាត់ថ្នាក់ផ្សេងទៀត បញ្ហាដែលរងផលប៉ះពាល់ ភាពមិនប្រក្រតីនៃសរសៃវិញ្ញាណ ភាពមិនប្រក្រតីនៃអង្គចងចាំ ភាពមិនប្រក្រតីនៃការកែសម្រួល កត្តាផ្លាស់ប្តូរផ្លូវចិត្តដែលមានប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពរាងកាយ និងរោគសញ្ញាស្រ្តេសក្រោយប៉ះទង្គិចរងរបួស។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាំងនេះ ត្រូវមានថ្នាក់ Class III ដល់កម្រិត V ដូចខាងក្រោម៖

- ប្រភេទ 3 — ការចុះខ្សោយមធ្យម។ កម្រិតត្រូវគ្នាជាមួយមុខងារខ្លះ ប៉ុន្តែមិនមែនមុខងារមានប្រយោជន៍ទាំងអស់ទេ។
- ប្រភេទ 4 — ការចុះខ្សោយដែលកត់សម្គាល់។ កម្រិតគួរឱ្យកត់សម្គាល់បង្កឧបសគ្គមុខងារដែលមានប្រយោជន៍។
- ប្រភេទ 5 — ការចុះខ្សោយយ៉ាងខ្លាំង។ កម្រិតរារាំងមុខងារដែលមានប្រយោជន៍។

(សម្គាល់៖ ប្រសិនបើភាពមិនប្រក្រតីរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំស្ថិតក្នុងការកាត់បន្ថយរោគសញ្ញាជំងឺ ឬអសមត្ថភាពចម្រុះៗគឺការសេពគ្រឿងស្រវឹងធ្ងន់ធ្ងរឬរ៉ាំរ៉ៃ ឬការញៀនថ្នាំ ពួកគេនឹងត្រូវដកចេញយ៉ាងជាក់លាក់ពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃសេវា)។

ប្រភេទ 18 — ជំងឺទន់ខ្សោយវិត្តន៍ជាជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ៖ បណ្តាលមកពីជំងឺទន់ខ្សោយវិត្តន៍និងជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដែលកំណត់លក្ខណៈដោយរោគសញ្ញារាងកាយ ដូចជាអស់កម្លាំង ភាពខ្សោយ ការស្រកទម្ងន់ ការឈឺចាប់និងការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពផ្លូវចិត្តដែលបានទទួលរួមគ្នា ការរំខានដល់សកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ និងធ្វើឱ្យចុះខ្សោយយ៉ាងខ្លាំងដល់ការការពារលើតទឹកនៃខ្លួន។

ប្រភេទ 19 — ការចុះខ្សោយច្រើន៖ ប្រភេទនេះ អាចរួមបញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះបុគ្គលដែលពិការដោយផលប៉ះពាល់រួមគ្នានៃការចុះខ្សោយច្រើនជាងមួយ ដែលរួមមានអ្នកទាំងនោះដែលទាក់ទងនឹងអាយុ។ ការចុះខ្សោយរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗដោយខ្លួនឯង ប្រហែលជាមិនអាចមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំថ្លៃសេវាឆ្លងកាត់ដែលបញ្ចុះតម្លៃទ ប៉ុន្តែទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ផលប៉ះពាល់រួមនៃពិការភាពអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះបុគ្គលសម្រាប់កម្មវិធីនេះផងដែរ។



ផ្នែក 2

ការចេញផ្សាយនិងលិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រ

ការចេញផ្សាយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវបំពេញដោយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

ពាក់ព័ន្ធនឹងការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីប័ណ្ណរូបថតជនពិការដែលមានថ្លៃសេវាបញ្ចុះតម្លៃ Omnitrans នោះ តាមន័យនេះខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតជូនវេជ្ជបណ្ឌិត Dr. \_\_\_\_\_ ដើម្បីចេញផ្សាយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រប្រព័ន្ធផ្ទាល់ខ្លួន Omnitrans ដែលទាក់ទងនឹងពិការភាពរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានដែលចេញផ្សាយ នឹងត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពអ្នកជំងឺរបស់ខ្ញុំដែលជាអ្នកជំងឺម្នាក់ និងការ រៀបចំចំណាត់ថ្នាក់ភាពពិការរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានដែលត្រូវចេញផ្សាយ នឹងត្រូវប្រើដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីប័ណ្ណ រូបថតជនពិការដែលមានថ្លៃសេវាបញ្ចុះតម្លៃតែម្នាក់ឯងប៉ុណ្ណោះ។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់នៃលិខិតផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ហើយខ្ញុំអាចចេញលិខិតផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះវិញនៅពេល ណាមួយក៏បាន។

លើកលែងតែមានការដកចេញមុននោះ សំណុំបែបបទនេះ នឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មានខាងលើ ដល់ Omnitrans រហូតដល់ 60 ថ្ងៃ ដោយគិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ។

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ (សូមសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព) : \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ : \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ : \_\_\_\_\_

(ឬអាណាព្យាបាលនៃអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ)

**ការក្រើនរំលឹក៖** ពាក្យសុំរបស់អ្នក នឹងមិនត្រូវបានដំណើរការរហូតដល់ Omnitrans ទទួលបានពាក្យសុំដែលបានបំពេញ (បានភ្ជាប់ជូន) និងលិខិត បញ្ជាក់នេះ (បានបំពេញទាំងអស់ដោយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់) រូបថតទំហំកាបូបលុយ និងថ្លៃសេវាដំណើរការ ដែលមិនអាចប្រគល់ជូនវិញបានចំនួន \$2.00 ដុល្លារ។

លិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រ - ត្រូវបំពេញដោយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពតែប៉ុណ្ណោះ

លេខប្រភេទភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន (សូមមើលការពិពណ៌នានៅផ្នែកខាងក្រោយនៃទំព័រ "កំណត់ហេតុសម្រាប់អ្នកបញ្ជាក់លិខិតវេជ្ជសាស្ត្រ") : \_\_\_\_\_

ប្រសិនបើប្រភេទ 17 សូមផ្តល់លេខកូដ DSM (តម្រូវឱ្យមាន) : \_\_\_\_\_ និងចំណាត់ថ្នាក់៖  1  2  3  4  5

**សម្គាល់៖** បុគ្គលនានាដែលត្រូវបានដកចេញដោយដាក់លាក់ពីសិទ្ធិទទួលបាន ដែលអសមត្ថភាពតែមួយគត់ គឺការសេពគ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរ ឬការ ប្រើគ្រឿងញៀន ភាពឡើងធាត់ ឬការមានផ្ទៃពោះ

តើនេះជាពិការភាពជារៀងរហូតឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយថា ទេ សូមប្រាប់រយៈពេលពិការភាព (គិតជាខែ) \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកបញ្ជាក់លិខិត៖ \_\_\_\_\_ ការអនុវត្តនៅទីវាល៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_ លេខអាជ្ញាប័ណ្ណរដ្ឋ CA៖ \_\_\_\_\_

ទីក្រុង៖ \_\_\_\_\_ រដ្ឋ៖ \_\_\_\_\_ កូដទីក្រុង៖ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ៖ ( ) \_\_\_\_\_ ទូរសារ៖ ( ) \_\_\_\_\_

តាមន័យនេះ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអានអំពីតម្រូវការទាមទារនៃសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់កម្មវិធីប័ណ្ណរូបថតជនពិការដែលមានថ្លៃសេវាបញ្ចុះ តម្លៃ Omnitrans ហើយតាមការវិនិច្ឆ័យប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈរបស់ខ្ញុំ បេក្ខជនដែលមានឈ្មោះខាងលើមានសិទ្ធិទទួលបានថ្លៃធ្វើដំណើរឆ្លងកាត់ដែលមាន បញ្ចុះតម្លៃដោយសារពិការភាព (ដូចដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើ) ដែលកំណត់សមត្ថភាពរបស់ខ្លួន ដើម្បីប្រើផ្លូវឆ្លងកាត់ដែលបានកំណត់។ ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំយល់ថារាល់ការក្លែងបន្លំណាមួយចំពោះលក្ខខណ្ឌ ឬផ្នែកណាមួយនៃលក្ខខណ្ឌណាមួយនឹងត្រូវរាយការណ៍ទៅផ្នែករដ្ឋបាលជីកជំនួសសហព័ន្ធ សម្រាប់ការកាត់ទោសតាមច្បាប់ពេញលេញ។

ហត្ថលេខាអ្នកបញ្ជាក់លិខិតវេជ្ជសាស្ត្រ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_