

**ຄຳແນະນຳສຳລັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ**

ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ຖ້າທ່ານແມ່ນ:

- ການຂໍລາພັກເພື່ອປິ່ນປົວສຳລັບການເຈັບປ່ວຍໜັກຂອງຕົວທ່ານເອງ ຫຼື
- ການຂໍລາພັກເພື່ອເບິ່ງແຍງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເຈັບປ່ວຍໜັກ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບຕ້ອງເຊັນແບບຟອມນີ້. ຮຽນຮູ້ສິ່ງທີ່ຖືວ່າເຈັບປ່ວຍໜັກ ແລະ ເບິ່ງລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃນພາກຄຳແນະນຳສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂ້າງລຸ່ມນີ້.

**ຄຳແນະນຳ:**

- **ພາກ A:** ກະຊວງຕື່ມຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃສ່ໃນພາກນີ້ໃນຖານະເປັນຜູ້ຮ້ອງຂໍ. ທ່ານຕ້ອງໃສ່ຊື່ເຕັມຂອງທ່ານ.
- **ພາກ B:** ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນ ພາກ B ຖ້າທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍລາພັກ ເພື່ອເບິ່ງແຍງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເຈັບປ່ວຍໜັກເທົ່ານັ້ນ. ຕື່ມຂໍ້ມູນພາກນີ້ດ້ວຍຂໍ້ມູນຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງໃສ່ຊື່ເຕັມ ແລະ ວັນເດືອນປີເກີດຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ຢ່າຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກນີ້ ຖ້າທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຈ້າງຍ້ອນຕົນເອງເຈັບປ່ວຍໜັກ.
- **ພາກ C ແລະ D:** ໃຫ້ແບບຟອມ ແລະ ຄຳແນະນຳ ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຄົນເຈັບ. ຮັບປະກັນວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດມີການຍືນຍັນຄວາມເຈັບປ່ວຍໜັກສຳເລັດ ແລະ ໄດ້ລົງລາຍເຊັນໃນພາກ C ແລະ D.

**ສຳຄັນ:**

- ແບບຟອມອາດຈະຕ້ອງບໍ່ໃສ່ວັນທີ ແລະ ລົງລາຍເຊັນດົນເກີນກວ່າ 60 ວັນກ່ອນວັນທີທ່ານຄາດວ່າຈະລາພັກ. ພວກເຮົາຈະບໍ່ຮັບແບບຟອມທີ່ໄດ້ເຊັນກ່ອນວັນທີນີ້.
- ແບບຟອມບໍ່ສາມາດປ່ຽນແປງໄດ້ຫຼັງຈາກທີ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນແລ້ວ (ຕົວຢ່າງ, ບໍ່ມີການຂີດອອກ ຫຼື ປະຫວ່າງຂາວ). ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບແບບຟອມທີ່ໄດ້ມີປ່ຽນແປງແລ້ວແຕ່ຢ່າງໃດ. ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການຕື່ມແບບຟອມໃໝ່, ທ່ານສາມາດຊອກຫາມັນໄດ້ທີ່ [paidleave.oregon.gov](https://paidleave.oregon.gov) ໃນໜ້າເວັບຊັບພະຍາກອນ.

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນທັງໝົດ. ການຂາດຂໍ້ມູນອາດເຮັດໃຫ້ການດຳເນີນການຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຊັກຊ້າ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດ. ອັບໂຫຼດແບບຟອມນີ້ທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆໄປຍັງບັນຊີ Frances Online ຂອງທ່ານທີ່ [frances.oregon.gov](https://frances.oregon.gov) ຫຼື ສົ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

Attn: Paid Leave Oregon  
Oregon Employment Department  
875 Union St NE  
Salem, OR 97311

ວິທີທີ່ໄວທີ່ສຸດໃນການສົ່ງເອກະສານນີ້ແມ່ນຜ່ານບັນຊີ Frances Online ຂອງທ່ານທີ່ [frances.oregon.gov](https://frances.oregon.gov).

**ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ?**

ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນມີຄວາມສຳຄັນຫຼາຍ. ກົມຈັດຫາງານລັດ Oregon (OED) ແມ່ນອົງກອນທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າ ທຽມກັນ. OED ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານສາມາດໃຊ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ບາງຕົວຢ່າງແມ່ນນາຍພາສາແປມື ແລະ ນາຍພາສາແປເວົ້າ, ແປເອກະສານຂຽນເປັນພາສາອື່ນໆ, ຕົວອັກສອນໃຫຍ່, ສຽງ ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆ. ກະຊວງໂທຫາ 833-854-0166 (ໂທພຣີ) ເພື່ອຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711. ທ່ານຍາກສາມາດສົ່ງອີເມວໄປທີ່ [access.paidleave@oregon.gov](mailto:access.paidleave@oregon.gov).

## ຄຳແນະນຳສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ

ຜູ້ຮ້ອງຂໍໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເພື່ອຢືນຢັນວ່າ:

- ເຂົາເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບການລາພັກເນື່ອງຈາກເຈັບປ່ວຍໜັກຂອງເຂົາເຈົ້າເອງ ຫຼື
- ເຂົາເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບການລາພັກຄອບຄົວ ເພື່ອດູແລສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ມີການເຈັບປ່ວຍໜັກ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ການຢັ້ງຢືນການເຈັບປ່ວຍໜັກຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ ຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນໃສ່.

ເພື່ອຢັ້ງຢືນການເຈັບປ່ວຍໜັກ:

- ທົບທວນຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າທ່ານຖືກຕາມຄຳນິຍາມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ແລະ ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າສະພາບຂອງຄົນເຈັບຖືກຕາມຄຳນິຍາມຂອງການເຈັບປ່ວຍໜັກ.
- ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ **ພາກ C ແລະ D** ຂອງແບບຟອມນີ້ເທົ່ານັ້ນ.
- **ພາກ C:** ຕອບຄຳຖາມທັງໝົດກ່ຽວກັບການເຈັບປ່ວຍໜັກຂອງຄົນເຈັບ ແລະ ຄວາມຈຳເປັນໃນການລາພັກ.

**ສຳຄັນ:**

ທ່ານຕ້ອງລວມການບັງເກີດ ຫຼື ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບອາການ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ແນ່ນອນເພື່ອຢືນຢັນອາການ, ວັນທີປະມານທີ່ອາການເລີ່ມຕົ້ນ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມຈຳເປັນຕ້ອງລາພັກ, ແລະ ການປະເມີນໄລຍະເວລາຂອງການລາພັກທີ່ຄົນເຈັບຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງພັກ. ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍກຳລັງຍື່ນຂໍລາພັກເປັນໄລຍະ, ໃຫ້ລວມເອົາຄວາມຖີ່ຂອງອາການ ຫຼື ການປິ່ນປົວຕໍ່ອາການໂດຍປະມານ.

- **ພາກ D:** ຕື່ມຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃສ່ໃນພາກນີ້. ທ່ານຍັງຕ້ອງເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃນພາກນີ້. ກ່ອນລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມ ນີ້, ທ່ານຢືນຢັນວ່າທ່ານເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຕາມທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນ OAR 471-070-1000, ແລະ ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຄວາມຈິງ.

**ສຳຄັນ:**

- ພວກເຮົາຍອມຮັບລາຍເຊັນທີ່ເຊັນດ້ວຍມື ແລະ ລາຍເຊັນທາງເອເລັກໂຕຣນິກ. ທ່ານບໍ່ຄວນເຊັນແບບຟອມນີ້ໄວ້ດົນ ກວ່າ 60 ວັນກ່ອນວັນເລີ່ມຕົ້ນຂອງການລາພັກທີ່ຄາດໄວ້ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບແບບຟອມທີ່ໄດ້ເຊັນກ່ອນວັນທີນີ້.
- ທ່ານບໍ່ສາມາດປ່ຽນແປງແບບຟອມໄດ້ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ແລະ ເຊັນແລ້ວ (ຕົວຢ່າງ, ບໍ່ມີການຂີດອອກ ຫຼື ປະຫວ່າງຂາວ). ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບແບບຟອມທີ່ໄດ້ມີປ່ຽນແປງແລ້ວແຕ່ຢ່າງໃດ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຕື່ມແບບຟອມໃໝ່, ທ່ານສາມາດຊອກຫາມັນໄດ້ທີ່ [paidleave.oregon.gov](https://paidleave.oregon.gov) ໃນໜ້າເວັບຊັບພະຍາກອນ.
- **ສົ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນແລ້ວຄືນໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍ.**  
ພວກເຮົາຈະສົ່ງແບບຟອມນີ້ໄປທີ່ Paid Leave Oregon ພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດຂອງເຂົາເຈົ້າ.

**ຄຳນິຍາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ:**

OAR 471-070-1000 ນິຍາມ “ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ” ວ່າ:

1. ເປັນບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບຫຼັກໃນການໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບແກ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮ້ອງກ່ອນ ຫຼື ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາຂອງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຈ້າງ, ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ຮັບຮອງໃຫ້ປະຕິບັດວຽກຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ຫຼື ປະເທດທີ່ເຂົາເຈົ້າປະຕິບັດງານ, ຜູ້ທີ່ປະຕິບັດງານພາຍໃນຂອບເຂດຂອງໃບອະນຸຍາດວິຊາຊີບ ຫຼື ໃບຢັ້ງຢືນວິຊາຊີບຂອງບຸກຄົນນັ້ນ, ແລະ ຜູ້ທີ່ເປັນ (n):
  - ແພດ Chiropractic  
(ສະເພາະແພດຮັກສາກະດູກສັນຫຼັງໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ປະກອບດ້ວຍການຈັດການກະດູກສັນຫຼັງດ້ວຍມື ເພື່ອແກ້ໄຂການເຄື່ອນເໜັງຂອງກະດູກສັນຫຼັງທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນໂດຍການຖ່າຍພາບ X-ray)
  - ໜ່ວຍ
  - ພະຍາບານຜະດຸງຄຳນ
  - ແພດໜ່ວຍເມືອງ
  - ພະຍາບານຝຶກງານ
  - ພະຍາບານຝຶກງານທີ່ຊ່ຽວຊານດ້ານພະຍາບານ-ຜະດຸງຄຳນ
  - ແພດຊ່ຽວຊານດ້ານສາຍຕາ
  - ແພດໜ່ວຍ
  - ຜູ້ຊ່ວຍແພດໜ່ວຍ
  - ແພດຈິດຕະວິທະຍາ
  - ພະຍາບານລົງທະບຽນ
  - ນັກສັງຄົມສົງເຄາະທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ
2. ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບຫຼັກໃນການປະຕິບັດຕໍ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ໂດຍຜ່ານວິທີທາງວິນຍານກ່ອນ ຫຼື ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາຂອງການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຈ້າງ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ສະເພາະຜູ້ປະຕິບັດວິທະຍາສາດຄຣິສຕຽນ.

**ຄຳນິຍາມຂອງການເຈັບປ່ວຍໜັກ:**

OAR 471-070-1000 ນິຍາມ “ການເຈັບປ່ວຍໜັກ” ວ່າ:

ເປັນການເຈັບປ່ວຍ, ການບາດເຈັບ, ຄວາມບົກຜ່ອງ, ຫຼື ສະພາບທາງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່:

- ຈຳເປັນຕ້ອງມີການດູແລຄົນເຈັບໃນສະຖານພະຍາບານເຊັ່ນ: ໂຮງໝໍ, ສູນດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ, ຫຼື ສະຖານທີ່ພັກອາໄສເຊັ່ນ: ບ້ານພັກຄົນສະລາ
- ໃນການຕັດສິນທາງການແພດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ປິ່ນປົວ, ມີຄວາມຮຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດທີ່ໃກ້ຈະເກີດຂຶ້ນ, ຫຼື ນັ້ນແມ່ນການຄາດຄະເນໄລຍະສຸດທ້າຍທີ່ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ສົມເຫດສົມຜົນຂອງການເສຍຊີວິດໃນອະນາຄົດອັນໃກ້ນີ້.
- ຕ້ອງການການດູແລຢ່າງຄົງທີ່ ຫຼື ຕໍ່ເນື່ອງ, ລວມທັງການດູແລຢູ່ເຮືອນທີ່ບໍ່ມີການໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາຂອງທີ່ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົນເອງ. “ບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົນເອງ” ໝາຍເຖິງການບໍ່ສາມາດປະຕິບັດໜ້າທີ່ວຽກທີ່ສຳຄັນຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງ, ຫຼື ເຂົ້າໂຮງຮຽນ ຫຼື ປະຕິບັດກິດຈະກຳປະຈຳວັນປົກກະຕິເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າສາມວັນຕາມປະຕິທິນຕິດຕໍ່ກັນ. ໄລຍະເວລາຂອງການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົນເອງອາດລວມມີການປິ່ນປົວ ຫຼື ໄລຍະເວລາຝຶນຕົວທີ່ຕ້ອງການເວລາຕິດຕໍ່ກັນໃນສະພາບດຽວກັນ. ຄວາມບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົນເອງດັ່ງກ່າວຕ້ອງກ່ຽວຂ້ອງກັບໜຶ່ງໃນສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
  - ການປິ່ນປົວສອງຄັ້ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ

- ການປິ່ນປົວໜຶ່ງຄັ້ງບວກກັບລະບົບການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ
- ຜົນໃນໄລຍະເວລາທີ່ຊ່ວຍຕົນເອງບໍ່ໄດ້ ຫຼື  
ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຊ່າເຮື້ອທີ່ຮ້າຍແຮງທີ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວເປັນໄລຍະຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ສືບຕໍ່ເປັນເວລາດົນນານ, ແລະ ອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມພິການເປັນບາງຄັ້ງຄາວແທນທີ່ຈະເປັນໄລຍະເວລາຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ, ເຊັ່ນ: ພະຍາດຫຼັກ, ພະຍາດເບົາຫວານ, ຫຼື ພະຍາດບ້ານໝູ
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມພິການຖາວອນ ຫຼື ໄລຍະຍາວ ເນື່ອງຈາກການປິ່ນປົວອາດຈະບໍ່ມີປະສິດທິພາບ ເຊັ່ນ ພະຍາດອາລະໄຊເມີ, ພະຍາດເສັ້ນເລືອດໃນສະໝອງຕົບຮຸນແຮງ, ຫຼື ໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງພະຍາດ. ພະນັກງານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຕ້ອງຢູ່ພາຍໃຕ້ການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ແຕ່ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ.
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວຫຼາຍຢ່າງສຳລັບການຜ່າຕັດຜິ້ນຟູ ຫຼື ອາການຕ່າງໆເຊັ່ນ: ການປິ່ນປົວດ້ວຍທາງເຄມີສຳລັບມະເຮັງ, ການປິ່ນປົວທາງດ້ານກາຍຍະພາບສຳລັບໂລກຂີ້ອັກເສບ, ຫຼື ການຟອກເລືອດສຳລັບພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງທີ່ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວອາດຈະເຮັດໃຫ້ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຫຼາຍກວ່າສາມວັນຕາມປະຕິທິນ.
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາຂອງຄວາມພິການຍ້ອນການຖືພາ, ການເກີດລູກ, ການຫຼຸດລູກ ຫຼື ການເກີດລູກເສຍຊີວິດ, ຫຼື ໄລຍະເວລາທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລກ່ອນຄອດ.
- ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາທີ່ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ ຍ້ອນການບໍລິຈາກສ່ວນໃດໜຶ່ງ, ອະໄວຍະວະ ຫຼື ເນື້ອເຍື່ອຂອງຮ່າງກາຍ, ລວມທັງການບໍລິການກ່ອນການຜ່າຕັດ ຫຼື ການບັງມະຕິ, ການຜ່າຕັດ, ການປິ່ນປົວຫຼັງການຜ່າຕັດ, ແລະ ການຜິ້ນຟູ.

**ພາກ A: ຂໍ້ມູນຜູ້ຮ້ອງຂໍ**

ໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ທຸກຊ່ອງ ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະມີການລະບຸໄວ້ເປັນຢ່າງອື່ນ.

|                                                  |                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ຊື່:                                             | ນາມສະກຸນ:                                                                                                                                                  |
| ສະຫັດປະກັນສັງຄົມ (SSN): _____ (ທາງເລືອກ) ຫຼື     |                                                                                                                                                            |
| ລະຫັດຜັ່ງເສຍອາກອນ (ITIN): _____ (ທາງເລືອກ)       |                                                                                                                                                            |
| ວັນເດືອນປີເກີດ: (ດດ/ວວ/ປປປປ): ____ / ____ / ____ |                                                                                                                                                            |
| ປະເພດການລາພັກທີ່ຮ້ອງຂໍ:                          | <input type="checkbox"/> ການລາພັກປິ່ນປົວຍ້ອນການເຈັບປ່ວຍໜັກຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ<br><input type="checkbox"/> ການລາພັກຂອງຄອບຄົວເພື່ອດູແລສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເຈັບປ່ວຍໜັກ |

**ພາກ B: ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ** (ຖ້າຮ້ອງຂໍການລາພັກຍ້ອນຄອບຄົວ, ໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່)

|                                                 |                        |
|-------------------------------------------------|------------------------|
| ຊື່:                                            | ນາມສະກຸນ:              |
| ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ): ____ / ____ / ____ | ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ: |

**ພາກ C: ໃບຢັ້ງຢືນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ**

ຕື່ມຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຄົນເຈັບ. ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ທຸກຊ່ອງ ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະມີການລະບຸ ໄວ້ເປັນຢ່າງອື່ນ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັນໃສ່ພາກນີ້. ແບບຟອມຕື່ມບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ມີການປ່ຽນແປງ ອາດເຮັດໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຊັກຊ້າ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດ.

ໃຫ້ຂໍ້ມູນທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຢ່າງພຽງພໍເພື່ອຍືນຍັນການເຈັບປ່ວຍໜັກ.

ສິ່ງນີ້ຕ້ອງປະກອບມີການບົ່ງມະຕິ ຫຼື ລາຍລະອຽດ ກ່ຽວກັບອາການ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນສຳລັບການເຈັບປ່ວຍໜັກ. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຄວນຈະເປັນການຄາດຄະເນທີ່ດີທີ່ສຸດ ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຮູ້ທາງການແພດ, ປະສົບການ ແລະ ການກວດສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບ.

---



---



---



---

☐ ລະຫັດ ICD-10 ຫຼັກ (ທາງເລືອກ): \_\_\_\_\_

**ພາກ C:** ໃບຢັ້ງຢືນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ (ຕໍ່)

ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຄົນເຈັບ. **ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ທຸກຊ່ອງ ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະມີ ການລະບຸໄວ້ເປັນຢ່າງອື່ນ.**

ຂໍໃດຕໍ່ໄປນີ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເຈັບປ່ວຍໜັກຂອງຄົນເຈັບ? ໝາຍໃສ່ທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ:

☐ **ການດູແລຄົນເຈັບພາຍໃນ:** ຄົນເຈັບໄດ້ຈົດຊື່ເຂົ້າໂຮງໝໍ, ຫຼື ຄາດວ່າຈະເຂົ້າໂຮງໝໍເພື່ອພັກຄ້າງຄົນຢູ່ໂຮງໝໍ, ສູນດູແລຜູ້ ປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍ, ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ.

☐ **ອັນຕະລາຍເຖິງຊີວິດ ຫຼື ຄາດວ່າເປັນໄລຍະສຸດທ້າຍ:**  
 ສະພາບດັ່ງກ່າວກໍ່ໃຫ້ເກີດອັນຕະລາຍທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນເຖິງແກ່ຊີວິດ ຫຼື ມີອາການບັງມະຕິເປັນການເຈັບປ່ວຍຂັ້ນສຸດທ້າຍ.

☐ **ການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ:** ອາການດັ່ງກ່າວຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ດູແລຄົງທີ່ ຫຼື ຕໍ່ເນື່ອງ (ຕົວຢ່າງ, ການດູແລຢູ່ເຮືອນໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານ ດ້ານສຸຂະພາບ)

☐ **ການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົນເອງບວກກັບການປິ່ນປົວ:** (ຕົວຢ່າງ, ການຜ່າຕັດຫົວເຂົ້ານອກໂຮງໝໍ, ຂາຫັກ)  
 ສະພາບການດັ່ງກ່າວ ກ່ຽວຂ້ອງກັບໄລຍະເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້, ຊຶ່ງໝາຍຄວາມວ່າຄົນເຈັບບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົນເອງ ຫຼື ຈະບໍ່ສາ ມາດປະຕິບັດໜ້າທີ່ວຽກງານທີ່ສຳຄັນຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງ ຫຼື ກິດຈະກຳປະຈຳວັນປົກກະຕິເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າສາມວັນຕາມ ປະຕິທິນຕິດຕໍ່ກັນ ແລະ (ເລືອກອັນໜຶ່ງ)
 

☐ ຈຳເປັນຕ້ອງປິ່ນປົວສອງ ຫຼື ຫຼາຍຄັ້ງກວ່ານັ້ນ, ຫຼື
 

☐ ຈຳເປັນຕ້ອງປິ່ນປົວພຽງຄັ້ງດຽວ ແລະ ດູແລຕໍ່ເນື່ອງ

☐ **ພະຍາດຊຳເຮື້ອ:** (ຕົວຢ່າງ: ພະຍາດຫຼີດ, ພະຍາດເປົາຫວານ, ພະຍາດບ້າໝູ)  
 ສະພາບການດັ່ງກ່າວຮ້ອງຂໍໃຫ້ຄົນເຈັບມາຮັບ ການປິ່ນປົວຊ້າໆເປັນເວລາດົນນານ.  
 ສະພາບການດັ່ງກ່າວອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດການບໍ່ສາມາດຊ່ວຍຕົນເອງ, ແທນທີ່ຈະເປັນ ຄວາມພິການຕໍ່ເນື່ອງ.

☐ **ອາການເຈັບຖາວອນ ຫຼື ໄລຍະຍາວ:** (ຕົວຢ່າງ, ພະຍາດອາລະໄຊເມີ, ມະເຮັງໄລຍະສຸດທ້າຍ) ເນື່ອງຈາກສະພາບການດັ່ງກ່າວ, ຄວາມບໍ່ສາມາດຂອງຄົນເຈັບແມ່ນຖາວອນ ຫຼື ໄລຍະຍາວ ແລະ ຈຳເປັນຕ້ອງດູແລຕໍ່ເນື່ອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຂົາຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຢ່າງຫ້າວຫັນກໍຕາມ.

☐ **ອາການທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງປິ່ນປົວຫຼາຍຢ່າງ:** (ຕົວຢ່າງ, ການປິ່ນປົວດ້ວຍທາງເຄມີ, ການຜ່າຕັດຟື້ນຟູ)  
 ເນື່ອງຈາກສະພາບການ ດັ່ງກ່າວມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ຈະໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຫຼາຍຢ່າງ. ຖ້າຄົນເຈັບບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ, ອາດຈະເຮັດໃຫ້ບໍ່ສາມາດປະຕິບັດງານໄດ້ຫຼາຍກວ່າສາມມື້ຕາມປະຕິທິນ.

☐ **ການຖືພາ ແລະ ການເກີດລູກ:** ຄົນເຈັບກຳລັງປະສົບກັບໄລຍະເວລາຂອງຄວາມພິການຍ້ອນການຖືພາ, ການເກີດລູກ, ການຫຼຸດລູກ, ການເກີດລູກເສຍຊີວິດ, ຫຼື  
 ເຂົ້າເຈົ້າຕ້ອງການໄລຍະເວລາທີ່ຕ້ອງພັກວຽກຍ້ອນການດູແລກ່ອນຄອດ.

☐ **ຜູ້ບໍລິຈາກອະໄວຍະວະ/ສ່ວນຂອງຮ່າງກາຍ/ເນື້ອເຍື່ອ:** ການບໍລິຈາກຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພັກວຽກ, ລວມທັງການບໍລິການກ່ອນການຜ່າຕັດ ຫຼື ການວິນິດໄສ, ການຜ່າຕັດ ຫຼື ການປິ່ນປົວ ແລະ ການຟື້ນຟູຫຼັງການຜ່າຕັດ.

☐ **ບໍ່ມີຂໍ້ໃດຂ້າງເທິງນີ້:** ອາການຂອງຄົນເຈັບບໍ່ຢູ່ໃນໝວດຂອງການເຈັບປ່ວຍໜັກຂ້າງເທິງ.
 

**ສຳຄັນ:** ຖ້າທ່ານໝາຍໃສ່ຊ່ອງນີ້, ອາການຂອງຄົນເຈັບບໍ່ຕອບສະໜອງເງື່ອນໄຂຂອງການເຈັບປ່ວຍໜັກ ແລະ ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໃນການລາພັກປິ່ນປົວ.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ປະກັນສັງຄົມປະຈຳຕົວ ຫຼື ITIN:             |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
| <p><b>ໃຫ້ລະບຸວັນທີເລີ່ມຕົ້ນເຈັບປ່ວຍໜັກ, ວັນທີສ້າງສ້າງໃຫ້ເກີດຄວາມຕ້ອງການລາພັກ (ຖ້າແຕກຕ່າງ) ແລະ ວັນທີສິ້ນສຸດໂດຍປະມານ.</b></p> <p><b>ໝາຍເຫດ:</b> ຄວາມໝາຍຂອງຄຳວ່າ "ບໍ່ຮູ້" ຫຼື "ບໍ່ແນ່ນອນ"</p> <p>ບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະກຳນົດສິດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລາພັກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງໃນລັດ Oregon.</p> <p>ເງື່ອນເຈັບປ່ວຍເລີ່ມວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບບບ): ____ / ____ / ____</p> <p>ວັນທີທີ່ເງື່ອນໄຂຖືກສ້າງຂຶ້ນທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ລາພັກ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງເງື່ອນໄຂ)</p> <p>(ດດ/ວວ/ບບບບ): ____ / ____ / ____</p> <p>(ປະມານ) ວັນທີສິ້ນສຸດ (ດດ/ວວ/ບບບບ): ____ / ____ / ____</p>                                                                                                                                                   |                                          |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
| <p>ຖ້າອາການເປັນຊຳເຮື້ອ ຫຼື ຖາວອນ, ໃຫ້ໝາຍຕົກໃສ່ຊ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ ໃຫ້ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ ແລະ ວັນທີສິ້ນສຸດທີ່ຄາດໄວ້ສຳລັບອາການປັດຈຸບັນ.</p> <p><input type="checkbox"/> ພະຍາດຊຳເຮື້ອ ຫຼື ຖາວອນ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
| <p><b>ອາການ ຫຼື ການປິ່ນປົວມີຜົນກະທົບຕໍ່ຄົນເຈັບເປັນໄລຍະໆ (ບໍ່ແມ່ນທຸກໆມື້) ບໍ່?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p><b>ຖ້າແມ່ນ, ຄວາມຖີ່ສູງສຸດທີ່ຄາດໄວ້ຂອງອາການ ຫຼື ການປິ່ນປົວແມ່ນເທົ່າໃດ?</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ໜຶ່ງມື້ຕໍ່ອາທິດ</td> <td><input type="checkbox"/> ຫ້າມື້ຕໍ່ອາທິດ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ສອງມື້ຕໍ່ອາທິດ</td> <td><input type="checkbox"/> ຫົກມື້ຕໍ່ອາທິດ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ສາມມື້ຕໍ່ອາທິດ</td> <td><input type="checkbox"/> ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ສີ່ມື້ຕໍ່ອາທິດ</td> <td></td> </tr> </table> |                                          | <input type="checkbox"/> ໜຶ່ງມື້ຕໍ່ອາທິດ | <input type="checkbox"/> ຫ້າມື້ຕໍ່ອາທິດ | <input type="checkbox"/> ສອງມື້ຕໍ່ອາທິດ | <input type="checkbox"/> ຫົກມື້ຕໍ່ອາທິດ | <input type="checkbox"/> ສາມມື້ຕໍ່ອາທິດ | <input type="checkbox"/> ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ | <input type="checkbox"/> ສີ່ມື້ຕໍ່ອາທິດ |  |
| <input type="checkbox"/> ໜຶ່ງມື້ຕໍ່ອາທິດ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ຫ້າມື້ຕໍ່ອາທິດ  |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
| <input type="checkbox"/> ສອງມື້ຕໍ່ອາທິດ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ຫົກມື້ຕໍ່ອາທິດ  |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
| <input type="checkbox"/> ສາມມື້ຕໍ່ອາທິດ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
| <input type="checkbox"/> ສີ່ມື້ຕໍ່ອາທິດ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
| <p>ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມຖີ່ທີ່ຄາດໄວ້ຕໍ່ອາທິດຂອງອາການ ຫຼື ແຜນການປິ່ນປົວໃຫ້ລະອຽດເທົ່າທີ່ຈະເປັນໄປໄດ້:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |
| <p><b>ຖ້າການເຈັບປ່ວຍໜັກແມ່ນເກີດຈາກການຖືພາ, ກະລຸນາຢັ້ງຢືນວ່າຄົນເຈັບກຳລັງຖືພາ ຫຼື ເຄີຍຖືພາໃນປີກ່ອນວັນເລີ່ມຕົ້ນການພັກ:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ວັນເດືອນປີເກີດ ຫຼື ວັນທີທີ່ຄາດວ່າຈະຄອດຂອງເດັກ (ດດ/ວວ/ບບບບ): ____ / ____ / ____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |                                         |                                         |                                         |                                         |                                          |                                         |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ:                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ປະກັນສັງຄົມປະຈຳຕົວ ຫຼື ITIN:           |  |
| <b>ພາກ D: ຂໍ້ມູນ ແລະ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ</b><br>ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຄົນເຈັບ.                                                                                                                                                   |  |                                        |  |
| <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານຄຳນິຍາມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການເຈັບປ່ວຍໜັກ (OAR 471-070-1000) ແລ້ວ.<br>ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ<br>ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຕາມທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນ OAR 471-070-1000. |  |                                        |  |
| ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ (ຂຽນດ້ວຍມື ຫຼື ເອເລັກໂຕຣນິກ):                                                                                                                                                                                                                         |  | ວັນທີ: ____ / ____ / ____              |  |
| ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ):                                                                                                                                                                                                                                                               |  | ຄຳນຳໜ້ານາມ ຫຼື ຄວາມຊ່ຽວຊານ:            |  |
| ໝາຍເລໃບອະນຸຍາດໃບຢັ້ງຢືນ (ທາງເລືອກ):                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ລັດ ຫຼື ປະເທດສະຫະລັດ (ສຳລັບໃບອະນຸຍາດ): |  |
| ປະເພດຂອງການປະຕິບັດ ຫຼື ຄວາມຊ່ຽວຊານທາງການແພດ:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                        |  |
| ໂທລະສັບ:                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ທາງເລືອກ):                |  |
| ຊື່ທຸລະກິດ:                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                        |  |
| ທີ່ຢູ່:                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                        |  |