State of California Department of Rehabilitation

**VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES APPLICATION (ពាក្យសុំជំនួយពីក្រសួងពិការ)**

DR 222/CAM (REGS/Rev. 3/04)

## សេចក្តីបញ្ជាក់ពីភាពឯកជន : (Privacy Statement)

ក្រិត្យការអនុវត្តន៍ពត៌មាន នៃឆ្នាំ 1977 ដែលភាសាអង់គ្លេសហៅថា Information Practices Act (ច្បាប់ស៊ីវិលវគ្គទី 1798.17) និងក្រិត្យភាពឯកជនរដ្ឋបាលសហព័ន្ធ ឬអង់គ្លេសហៅថា Federal Privacy Act (5 USC 552a (e)(3) បានដាក់បញ្ជាថា ត្រូវតែឲ្យសេចក្តីប្រកាសនេះដល់សាមីខ្លួន នៅពេលដែលសាកសួរយកពត៌មានពីជនគោះ ។ ពត៌មានផ្សេងៗដែលគេសាកសួរនៅក្នុងក្រដាសនេះ មានតាំងពីលេខសន្តិច្ចយសង្គ្រោះ (Social Security) ជាដើម គឺជាការចាំបាច់សំរាប់ជាអត្តសញ្ញាណឲ្យច្បាស់ ថាក្រសួងបានជួយចំពោះមនុស្សដែលត្រូវជួយនោះពិតប្រាកដមែន, មិនមែនជួយមនុស្សផ្សេងទេ ។ បើអ្នកមិនព្រមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់នេះទេ, ពាក្យសុំរបស់អ្នកមុខជាត្រូវពន្យារយូរទៅមុខ ។ អាជ្ញាក្រសួង : ច្បាប់វ៉ែលហ្ស៊ែ និងស្ថាប័ន (Welfare & Institution) វគ្គទី 19005, 19005.1, 19010 ។

| | | |
|---|---|---|
| នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | អក្សរកាត់នាមកណ្តាល |
| Last Name | First Name | Middle Initial |

អាសយដ្ឋាន Address:

ក្រុង City:

លេខហ្ស៊ីបកូដ Zip Code:

ខេត្ត County:

លេខទូរស័ព្ទ Telephone:

លេខសន្តិច្ចយសង្គ្រោះ Social Security (SSI):

អាយុ Age:

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ កំណើត Date of Birth :

អត្តលេខបើកបររថយន្ត ID # (DL #) :

សូមពន្យល់ពីវិបត្តិរាងកាយ ឬវិបត្តិផ្លូវចិត្ត ដែលនាំឲ្យអ្នកធ្វើការងារមិនកើត (Description of disability):

តើអ្នកចង់ឲ្យយើងជួយរបៀបណា? (How we can help?)

តើអ្នកណាប្រាប់ឲ្យមករកយើង? (Who referred you?)

ឈ្មោះមនុស្សដែលនៅផ្ទះផ្សេង តែដឹងជានិច្ចពីទីលំនៅរបស់អ្នក
(Name of person not in your home who will always know where you live):

| Address | Telephone | Relationship |
|---|---|---|
| អាសយដ្ឋាន | លេខទូរស័ព្ទ | ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នក |

Release Of Information

## សេចក្តីយល់ព្រមផ្តល់ពត៌មាន

ខ្ញុំព្រមឲ្យក្រសួងពិការ (Rehabilitation) ផ្តល់ពត៌មានទាំងអស់ (លើកលែងតែពត៌មានណាដែលទាក់ទងនឹងជម្ងឺ និងបញ្ហាខួរក្បាល) ឲ្យទៅនិយោជិក(អ្នកជួល) នៅក្នុងគោលបំណងជួយរកការងារឲ្យខ្ញុំធ្វើ ។ ការយល់ព្រមនេះបិតនៅរហូតដល់គេបិទសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ ឬរហូតដល់ពេលដែលខ្ញុំដកការអនុញ្ញាតនេះ ។

_____ ព្រម _____ មិនព្រម

Orientation Materials

## ពត៌មានផ្សេងៗឲ្យយល់ដឹងពីក្រសួង

ខ្ញុំបានទទួល និងបានអាន (កូនសៀវភៅពត៌មានអតិថិជន) "Client Information Booklet" ហើយក៏បានពិគ្រោះជាមួយនឹងទីប្រឹក្សារបស់ខ្ញុំ ស្តីអំពី : សិទ្ធិជនស៊ីវិល, អំពីលទ្ធភាពដែលគេជួយបានតាមច្បាប់, អំពីការជ្រើសរើសតាមបំណង, អំពីការសម្ងាត់, អំពីរបៀបតវ៉ា, និងអំពីកម្មវិធីជួយការពារអ្នក នោះហើយ ។

_____ បានទទួល _____ មិនបានទេ

Immigration Reform and Control Act 1986

## ការកែទម្រង់ច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ និងត្រិត្យត្រួតត្រានៃឆ្នាំ 1986

ច្បាប់ទាំងនេះចែងថា និយោជិកគួរយកតែជនជាតិអាមេរិកាំង និងពួកអណិកជន (Aliens) ដែលបានទទួលការអនុញ្ញាតឲ្យធ្វើការក្នុងសហរដ្ឋ ។ ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យច្បាស់ ថាតើខ្លួនអ្នកមានលទ្ធភាពក្នុងការទទួលជំនួយ ឬគ្មាន, សូមគូសយក "ប្រអប់" ណាមួយខាងក្រោមនេះ ទៅតាមស្ថានភាពរបស់ខ្លួន ។ ការនេះមិនមែនជារឿងយកទៅជំនួសអ្វីៗ ដែលនិយោជិកកំណត់យកជាពិសេស តាមការកែទម្រង់ច្បាប់របស់ក្រសួងអន្តោប្រវេសន៍ និងត្រិត្យត្រួតត្រានៃឆ្នាំ 1986 នោះទេ ។

ខ្ញុំគឺជា :

1. ____ ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិជាអាមេរិក ។
2. ____ អណាកិជន (Alien) ដែលច្បាប់អនុញ្ញាតឲ្យមករស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ (លេខ Alien No. A_____) ។
3. ____ អណាកិជន ដែលក្រសួងអន្តោប្រវេសន៍ (Immigration and Naturalization Services) អនុញ្ញាតឲ្យធ្វើការក្នុងសហរដ្ឋ (លេខ Alien No. A_____ឬលេខអនុញ្ញាត Admission No_____ ផុតកំណត់ការអនុញ្ញាត, ប្រសិនបើមានកំណត់, នៅថ្ងៃ _____) ។
4. ____ ទាំងបីខខាងលើនេះ ឥតមានត្រូវរឿងខ្ញុំទេ ។

សូមមើលសន្លឹកម្ខាងទៀត ដើម្បីឲ្យដឹងពត៌មានអំពីសិទ្ធិសុំតាវ៉ារបស់អ្នក និងរបៀបទាក់ទងកម្មវិធីជំនួយអតិថិជន (CAP) ។

ស៊ីញ៉ូអ្នកសុំ
Applicant's Signature

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ ស៊ីញ៉ូ
Date Signed

ស៊ីញ៉ូ មាតា បិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល (ត្រូវការសំរាប់ក្មេងមានអាយុមិនទាន់ពេញច្បាប់)
Parent/Guardian Signature, Required For Minor

## ត្រូវបានសរសេរបំពេញដោយអ្នកទីប្រឹក្សា

To Be Completed By Counselor

ស៊ីញ៉ូ អ្នកទីប្រឹក្សា
Counselor's Signature

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ ស៊ីញ៉ូ
Date Signed

ឈ្មោះអ្នកទីប្រឹក្សា
Counselors Name

លេខទូរស័ព្ទ របស់អ្នកទីប្រឹក្សា
Counselors Phone Number

**TRANSLATION: RIGHTS AND REMEDIES**
**DR 222/CAM (REGS/Rev. 3/04)**

## សិទ្ធិ និងការកែសម្រួល ទាក់ទងនឹង REHABILITATION PROGRAM

នៅពេលដែលអ្នកឋិតនៅក្នុងភាពជាអ្នកសុំ ឬជាកូនចៅរបស់ក្រសួង REHAB ។ ប្រសិនបើឆ្ងល់ ឬមានបញ្ហាណាមួយកើតឡើង, ត្រូវនិយាយជាមួយអ្នកទីប្រឹក្សានៃក្រសួងនេះ, ឬមួយទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយអតិថិជន (Client Assistance Program), ឬហៅកាត់ថា CAP ។ ពេលណាដែលអ្នកទៅជួបជាមួយបុគ្គលិករបស់ក្រសួង, អ្នកអាចយកសមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកតំណាងអ្នកទៅជាមួយផង ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងកិច្ចការណាមួយ ដែលក្រសួងបានសំរេចទៅលើរូបអ្នក, អ្នកមានសិទ្ធិចូលទៅនិយាយជាមួយអ្នកមើលខុសត្រូវ (supervisor) របស់ក្រសួង, ដោយសុំឲ្យគេពិនិត្យឡើងវិញ ដោយ District Administrator (អ្នករដ្ឋបាលប្រចាំតំបន់), ឬមួយសុំជាផ្លូវការឲ្យមានការសំរុះសំរួលមួយ ឬក៏សុំឲ្យមាន Fair Hearing (សុំបំភ្លឺរកយុត្តិធម៏) ។ តាមពិត, អ្នកអាចប្តឹងសុំឲ្យមានការសំរុះសំរួល (mediation) ឬសុំ "ការបំភ្លឺរកយុត្តិធម៏" (Fair Hearing) ពេលណាក៏បាន ។ តែផ្ទុយទៅវិញ, បញ្ហានានាអាចដោះស្រាយបានយ៉ាងរហ័សនៅថ្នាក់ក្រោម (local level) ។

អ្នកមានសិទ្ធិដោះស្រាយតាមជំហានទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ បើមានបញ្ហាណាមួយកើតឡើង :

### អ្នកទីប្រឹក្សា (Counselor)

បញ្ហា និងការយល់ច្រឡំជាច្រើន អាចយកមកដោះស្រាយបាន ដោយយករឿងទាំងនោះមកនិយាយជាមួយអ្នកទីប្រឹក្សា ។ ជួនកាលអ្នកទីប្រឹក្សាមិនបានដឹងថាមានបញ្ហាកើតឡើងផងទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាប់គាត់ ។

### អ្នកមើលខុសត្រូវ (Supervisor)

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា ខ្លួនអ្នកក្តី អ្នកទីប្រឹក្សាក្តី មិនអាចដោះស្រាយបញ្ហានោះរួចទេ, អ្នកអាចសុំប្រជុំជាមួយ "អ្នកមើលខុស-ត្រូវ" របស់អ្នកទីប្រឹក្សា ឲ្យគេជួយពិគ្រោះបញ្ហានោះឡើងវិញ ។

### ការពិនិត្យជាថ្មីដោយអ្នករដ្ឋបាលប្រចាំតំបន់ (Administrative Review)

ប្រសិនបើ "អ្នកមើលខុស-ត្រូវ" នៃក្រសួងពិការ មិនអាចដោះស្រាយរួចទេ អ្នកអាចសុំឲ្យអ្នករដ្ឋបាលប្រចាំតំបន់ (District Administrator) ធ្វើការសើរើពិនិត្យ ទៅតាមបែបរដ្ឋបាល (Administrative Review) ក្នុងកំឡុងពេលមួយឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកមិនសុខចិត្តនោះមក ។ បើបញ្ហានៅតែដោះមិនចេញដោយក្រុមនេះទេ, អ្នកអាចសុំឲ្យមាន "ការសំរុះសំរួល (mediation) ឬមួយសុំ "ការបំភ្លឺរកយុត្តិធម៏ (Fair Hearing ) ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ។

### ដំណោះស្រាយដោយការសំរុះសំរួល (Mediation)

អ្នកអាចស្នើសុំដោយស្វាត់ នៅពេលណាមួយនៅក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកមិនយល់ស្របនោះ សុំឲ្យមាន "ការសំរុះសំរួល"។ ប្រសិនបើអ្នក និងអ្នកតំណាងរបស់ក្រសួង មិនអាចដោះស្រាយបញ្ហាដោយផ្ទាល់បានទេ, នោះនៅមានក្រុមផ្សេងទៀតជាអ្នកអព្យាក្រឹត (Impartial Mediator), មានសមត្ថភាពពេញលេញ ចូលមកជួយដោះស្រាយឲ្យបានពេញចិត្តទាំងសងខាង ។ ប្រសិនបើក្រសួងយល់ព្រម, ការសំរុះសំរួលនឹងចាប់ ធ្វើក្នុងរយៈវេលា 25 ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកស្នើសុំនោះមក ប្រសិនបើអ្នកមិនស្នើសុំឲ្យពន្យារពេលទេ ។ ក្រដាសបំពេញ (form) សំរាប់ការសំរុះសំរួល អាចសុំពីបុគ្គលិករបស់ក្រសួងពិការ ឬពីអ្នកគាំទ្រកម្មវិធីជំនួយអតិថិជន (CAP advocates) យកមកសរសេរបំពេញ រួចហើយត្រូវហ្វាក់ទៅលេខ

916-739-7199, ដោយសរសេរបញ្ជាក់ថា Attention : Department of Rehabilitation Mediation Coordinator ឬមួយផ្ញើទៅ : “Department of Rehabilitation Mediation Coordinator, Institute of Administrative Justice, McGeorge School of Law, 3200 Fifth Ave., Sacramento, CA 95817 (ទូរស័ព្ទលេខ 916-739-7049) ។ ពាក្យស្នើសុំការសំរុះសំរួលនេះ អាចធ្វើនៅពេលដំណាលគ្នានឹងពាក្យសុំ “បំភ្លឺរកយុត្តិធម៌ “ (Fair Hearing) ដោយស្នើទៅ Rehabilitation Appeals Board (ក្រុមទទួលពាក្យបណ្តឹងរបស់ក្រសួង) ។

## **សុំស្តាប់ការបំភ្លឺរកយុត្តិធម៌** (Fair Hearing)

នៅពេលណាមួយនៅក្នុងកំឡុងមួយឆ្នាំ រាប់ពីថ្ងៃដែលគេសំរេចសេចក្តីលើសំណុំរឿងរបស់អ្នកនោះមក, (រយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការសើរើពិនិត្យ ពីក្រុមរដ្ឋបាល), នោះអ្នកអាចស្នើសុំ “ការបំភ្លឺរកយុត្តិធម៌” (Fair Hearing) បាន ។ ពេលនោះ, អ្នកមានឱកាសបង្ហាញសំណុំរឿងរបស់អ្នក ទៅក្រុមទទួលពាក្យបណ្តឹង (Rehabilitation Appeal Board) ដែលមានសមាជិកប្រាំពីរនាក់ សុទ្ធតែជាពលរដ្ឋ (citizen) មកពីសហគមន៍ (community), បានតែងតាំងដោយលោកអភិបាលរដ្ឋ (Governor) ។ នៅពេលស្តាប់សេចក្តីពន្យល់, អ្នកមានសិទ្ធិជូនពត៌មានទៅក្រុមទទួលពាក្យបណ្តឹង (Board) , ដោយពន្យល់ពីបុព្វហេតុដែលនាំឲ្យអ្នកសុំឲ្យគេសើរើ ឬកែប្រែនូវការសំរេចចិត្តដែលគេបានសំរេចហើយនោះ ។ ក្រសួងពិការត្រូវគេបានអនុញ្ញាតឲ្យផ្តល់ពត៌មានទៅក្រុមជំនុំ (Board) ផងដែរ ។ លុះស្តាប់ការពន្យល់រួចហើយ, ក្រុមជំនុំនឹងធ្វើសេចក្តីសំរេចមួយជាចុងក្រោយបំផុត ជាលាយលក្ខអក្សរ ។ ក្រដាសសំរាប់សុំ Fair Hearing មាននៅនឹងបុគ្គលិករបស់ក្រសួង ឬនៅនឹងកម្មវិធីជំនួយអតិថិជន (CAP) ។ ពាក្យសុំដែលបានសរសេរបំពេញសព្វគ្រប់ហើយ ត្រូវផ្ញើទៅក្រុមទទួលបណ្តឹងរបស់ក្រសួងដោយសរសេរកាខ្ជង់ឃ្យ៉ាងនេះ “ Rehabilitation Appeals Board, Department of Rehabilitation, P.O. Box 944222, Sacramento, CA 94244 (ទូរស័ព្ទលេខ 916-263-8979 ឬ TTY 866-712-1085) ។

ពាក្យសុំ Fair Hearing នឹងត្រូវគេកំណត់ពេលក្នុងកំឡុង 45 ថ្ងៃ រាប់ពីថ្ងៃស្នើសុំ ប្រសិនបើអ្នកមិនសុំឲ្យពន្យារពេលទេ ។ អ្នកត្រូវទៅបង្ហាញខ្លួនដៅកន្លែង Fair Hearing ឬមួយបញ្ជូនឯកសារទាំងអស់ ដើម្បីឲ្យគេបានដឹងពីរឿងរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើ Fair Hearing សំរេចសេចក្តីបែបណាម្យ៉ាងមិនជាទីពេញចិត្តរបស់អ្នកទេនោះ, អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា ទៅដល់តុលាការជាន់ខ្ពស់នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនញ៉ា (California Superior Court) ដើម្បីឲ្យសើរើកាត់សេចក្តីសាថ្មីក្នុងកំឡុងពេល ៦ (ប្រាំមួយ) ខែ ។

## **ការប្រកាន់វណ្ណ:** (Discrimination)

ប្រសិនបើអ្នកមានបុព្វហេតុណាមួយ ដែលនាំឲ្យជឿថា ការសំរេចចិត្ត (លើសំណុំរឿងរបស់អ្នក) បានធ្វើឡើងដោយមានការប្រកាន់វណ្ណ: ប្រឆាំងចំពោះអ្នក ដូចជា ប្រកាន់ពូជសាសន៍, សាសនា, ភេទ, ។ ល ។, នោះ អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការទាក់ទងជាមួយក្រសួងមួយដែលមានឈ្មោះថា Department’s Office of Civil Rights and Affirmative Action ជាក្រសួងដើម្បីពិគ្រោះបញ្ហាប្រកាន់បក្សពួក, ឬមួយធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាក្នុងរឿងនេះ ។ ជំនួយចំពោះបញ្ហាប្រកាន់វណ្ណ:នេះ មាននៅឯ Office of Civil Rights ឬនៅ Affirmative Action, ទូរស័ព្ទលេខ 916-263-8662 ឬ TTY 866-712-1085 ។

## **កម្មវិធីជំនួយអតិថិជន** (Client Assistance Program)

កម្មវិធីនេះគឺមានសំរាប់ជួយអ្នកទាំងអស់ នៅក្នុងកំឡុងពេលដែលអ្នកទទួលការអប់រំ (Rehabilitation) និងក្នុងគ្រាប្តឹងតវ៉ាមិនសុខចិត្តក្នុងបញ្ហាណាមួយ ។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ : 800-952-5544 ឬ TTY 866-712-1085 ។