Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ADATSA/ADULT ASSESSMENT REFERRAL
ការបញ្ជូនសំរាប់ចាំ៖ន់ប្រមាណនៃមនុស្សធំក្នុងកម្មវិធី ADATSA

យោងតាម CSO	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

ផ្នែក A. ពត៌មានសំគាល់

1. នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាលរបស់អតិថិជន

2. ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត	3. លេខ ACES របស់អតិថិជន	4. ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	5. អត្តលេខសន្តិសុខសង្គម

6. ទូរស័ព្ទអតិថិជនឬសារលេខ	7. មិនសូវចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេសឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ភាសាដើម

8. អាសយដ្ឋាន,លេខផ្លូវ ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបកូដ

ផ្នែក B. ពត៌មានណាត់ពេលជួបសំរាប់ការចាំ៖ន់ប្រមាណ

1. ឈ្មោះមន្ទីរ/អង្គភាពចាំ៖ន់ប្រមាណ	2. លេខទូរស័ព្ទ

3. អាសយដ្ឋាន

4. ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំណាត់ជួប	5. ពេលម៉ោងណាត់ជួប

សូមកត់ចំណាំ: សូមយកក្រដាសពាក្យនេះ*(និងក្រដាសផ្សេងដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ទៅជាមួយអ្នក នៅពេលណាត់ជួប)*ការមិនបានទៅជួបតាមពេលណាត់ទុកនេះ,អាចបណ្តាលឲ្យមានការបដិសេធ, ពន្យាពេល ឬបញ្ចប់ទ្រព្យជំនួយរបស់លោកអ្នក ។ ការប្រកែកមិនព្រមទទួលធ្វើតាមកម្មវិធីនៃការព្យាបាល ដែលមន្ទីរចាំ៖ន់ប្រមាណបានរៀបរាប់ប្រាប់,បានសេចក្តីថាលោកអ្នកប្រកែកនិងការ ព្យាបាលនេះហើយ,ហើយវាអាចបណ្តាលឲ្យមានការបដិសេធ,បញ្ចប់,ហើយប្រាកដជាត្រូវតែផ្តាច់មិនខាន ។ បើលោកអ្នកមានសំណួរចង់សួរអំពីកិច្ចតម្រូវលើការ ព្យាបាលនេះ,សូមសួរអ្នកធ្វើការប្រចាំ CSO របស់លោកអ្នក ។

ផ្នែក C. មន្ទីរចាំ៖ន់ប្រមាណ

1.ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំដាក់ពាក្យសុំ	2. ឈ្មោះក្រសួងបញ្ជូនបន្ត,ក្រៅពី CSO (ដូចជា,មន្ទីរពេទ្យ,ពន្ធនាគារ, DETOX។ល។ ដាក់ពាក្យប្រសិនបើមាន)	3. លេខទូរស័ព្ទក្រសួង

4. ប្រភេទអតិថិជន(គូសគ្រប់ទាំងអស់ដែលទាក់ទង)
☐ TANF ☐ PPW ☐ ADATSA ☐ SSI/GAX ☐ ផ្សេងៗ: _____

5. ក្រុមអាទិភាព
☐ មានផ្ទៃពោះ ☐ ការបញ្ជូនពី CPS ☐ I. V. ☐ HH/ក្មេង ☐ ADATSA ធម្មតា(មិនមែនអាទិភាព)

6. អតិថិជនមានឈ្មោះខាងលើគឺ (គូសប្រអប់ដែលត្រូវចំពោះអ្នក): ☐ ជាអ្នកសុំ ☐ អ្នកទទួលបច្ចុប្បន្ន ☐ ផ្ទេរមកពីកម្មវិធីមួយផ្សេងទៀត

☐ A. អតិថិជនមានលក្ខណសម្បត្តិដល់កម្មវិធី Title XIX CNP ។ **លេខ PIN** _____
☐ TANF ☐ SSI ☐ ផ្សេងៗ: _____ ឬ ☐ ភ្ជាប់ក្រដាសបញ្ជីពេទ្យមកជាមួយ ។

☐ B. ដាក់ពាក្យសុំជំនួយតែពីកម្មវិធី ADATSA ប៉ុណ្ណោះ ។

☐ C. ☐ ADATSA និង GAU (ដាក់ពាក្យសុំទាំងពីរ) ☐ លក្ខណសម្បត្តិ GAU ត្រូវបានបង្កើត ☐ លក្ខណសម្បត្តិ GAU ផ្ទាក ។

☐ D. មូលហេតុផ្សេងទៀត ដែលអតិថិជននេះត្រូវបានបញ្ជូន? _____

7. ☐ បញ្ហាអសមត្ថភាព/សុខភាពដទៃៗទៀត: _____
☐ A. ការផ្ទាកនៃការចាំ៖ន់ប្រមាណផ្សេងទៀត។ (ប្រាប់ប្រភេទ និងខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំដែលបានណាត់) _____
☐ B. ពត៌មានផ្ទៃកពេទ្យ/ចិត្តសាស្ត្រ មានភ្ជាប់ជាមួយ ☐ ពត៌មានត្រូវពិនិត្យ
☐ C. សេចក្តីត្រូវការពិសេស សំរាប់អតិថិជននេះ ។ ចូររៀបរាប់: _____

8. យោបល់/ផ្សេងៗ: _____

9. ហេរញ្ញិក/អ្នកកាន់សំណុំរឿង លេខទូរស័ព្ទ	10. អ្នកសង្គមកិច្ច លេខទូរស័ព្ទ

សេចក្ដីណែនាំសំរាប់អ្នកធ្វើការ

The initiating worker:

1. Enters the referring community Services Office (CSO) name and current date.
2. Completes Section A, including the client's full name. The full middle name (not just initial) is requested.
3. Completes Section B when the assessment appointment is established.
4. Completes Section C:
   A. Item 1 designates date the application was initiated.
   B. Completes Items 2 and 3 by entering the name and telephone number of the agency or other entity that prompted the individual to seek chemical dependency services.
   C. Item 4 designates client's program type(s).
   D. Completes Item 5 designating the client's priority category by:
      1) Checking "Pregnant" for anyone currently pregnant or up to two months postpartum;
      2) Checking "CPS Referral" for anyone that is a direct referral for chemical dependency services from Children Protective Services;
      3) Checking "I.V. Drug" for anyone that is an intravenous drug user;
      4) Checking "HH/Children" for individuals with children in the home;
      5) Checking "No Priority" for everyone not included in the first four priorities.

NOTE: If the client is pregnant, contact the local assessment center immediately for an assessment, as these individuals are fast tracked through the assessment process.

   E. Completes either A, B, or C in Item 6, as appropriate. If Item A is checked, indicate Title XIX the PIC code for medical coverage.

5. Completes Items 7 and 8 as needed. Checks Item 7C if the client has a special need.
6. Completes Items 9 and/or 10 with the names and telephone numbers of the referring financial and social workers.