

ក្រសួងសេវាមនុស្សពេញវ័យ ចាស់ជរា និង Medi-Cal
សេវាកាតារនៅផ្ទះ (In-Home Supportive Services)
6955 Foothill Blvd., Suite 300
Oakland, CA 94605

ការព្យួរ ឬការបញ្ឈប់អ្នកផ្តល់សេវា

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា (គោត្តនាម និងនាម)	
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដប្រៃសណីយ៍ (Zip code)
លេខទូរស័ព្ទ	លេខសន្តិសុខសង្គម

ទម្រង់នេះគឺជាសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បី៖

☐ បញ្ឈប់ការងាររបស់អ្នកផ្តល់សេវា ជាមួយនិងអ្នកទទួលសេវា ដូចខាងក្រោម៖ ☐ ព្យួរអ្នកផ្តល់សេវា (ព្យួរការងារខ្លួន) ចំពោះអ្នកទទួលសេវា ដូចខាងក្រោម៖	
ព័ត៌មានរបស់អ្នកទទួលសេវា	
ឈ្មោះ (គោត្តនាម និងនាម)	
លេខករណី ឬលេខសន្តិសុខសង្គម	លេខទូរស័ព្ទ
ថ្ងៃចុងក្រោយ ដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានធ្វើការ	ចំនួនម៉ោងសរុបដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតពីថ្ងៃទី 1 នៃខែ ដល់ថ្ងៃចុងក្រោយដែលបានធ្វើការ។
មូលហេតុស្នើសុំការបញ្ឈប់ ឬការព្យួរ៖	
☐ លាលែងពីការងារ/ ត្រូវបានបញ្ឈប់ពីការងារ	☐ អ្នកទទួលសេវាសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
☐ ពិការភាព/រូបសន្សំដែលត្រូវបង់សំណងដល់កម្មករ	☐ អ្នកទទួលសេវាទទួលបានមរណភាព។
☐ អ្នកទទួលសេវាលែងមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទៀតហើយ។	
☐ អ្នកទទួលសេវាកំពុងវិស្វកម្ម/ស្ថិតនៅក្រៅខោនធី/រដ្ឋ/ប្រទេស។ ថ្ងៃរំពឹងវិលមកវិញ ។	
☐ មូលហេតុផ្សេងទៀត	

បុគ្គលដែលបំពេញទម្រង់ពាក្យ៖ ☐ អ្នកទទួលសេវា ☐ អ្នកផ្តល់សេវា ☐ អ្នកតំណាងរបស់អ្នកទទួលសេវា	
ឈ្មោះជាអក្សរធំ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា	

ផ្នែកប្រើប្រាស់ដោយខោនធី
