

របៀបដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Puget Sound ESD Early Learning Programs

សូមស្វាគមន៍!

សូមចំពេញសំណុំឯកសារពាក្យសុំសម្រាប់កុមារម្នាក់ និងភ្ជាប់មកជាមួយខ្លួនឯកសារដែលបានស្នើសុំ។
 ព័ត៌មានរបស់អ្នកគឺជាការសម្ងាត់។ យើងមិនក្រុម ក្រុមពិធីកម្ម ឬយោងណាក៏ស្ថិតិស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។
 សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីនេះត្រូវបានកំណត់ដោយអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់កុមារ និងចំណូលគ្រួសារ មិនមែនកំណត់ដោយការលបអ្វីមួយដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំនោះទេ។
 កម្មវិធីរបស់យើងមិនមែនជាការបញ្ជាក់ ដូច្នេះសូមរក្សាទុកពាក្យសុំរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបាន!



សូមទំនាក់ទំនងមកយើងផ្ទៃ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការចំពេញពាក្យសុំនេះ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនមានឯកសារគ្រប់គ្រាន់តាមការស្នើសុំទាំងអស់នោះទេ។

សូមអនុវត្តតាមជំហានទាំងឡាយដូចខាងក្រោម៖



ចំពេញទម្រង់របបបទពាក្យសុំដោយ ប្រើប៊ិកណែនាំ ឬព័ត៌មានផ្សេងៗ។



ភ្ជាប់មកជាមួយបញ្ជាក់ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កូនអ្នកចំនួនមួយច្បាប់។



ភ្ជាប់មកជាមួយខ្លួនឯកសារភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីភាពជាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នកចំនួនមួយច្បាប់។



ភ្ជាប់មកជាមួយខ្លួនឯកសារភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកចំនួនមួយច្បាប់។



ភ្ជាប់មកជាមួយខ្លួនឯកសារភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកចំនួនមួយច្បាប់។

សូមប្រើប្រាស់

ឯកសារណាមួយក្នុងចំណោមឯកសារដូចខាងក្រោម៖

- លិខិតបញ្ជាក់កំណើត
- លិខិតឆ្លងដែន/ទិដ្ឋភាព
- ឯកសារស្តីពីកូន
- លិខិតអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើបញ្ជីកូន
- ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការបច្ចុប្បន្ន

សូមប្រើប្រាស់ឯកសារណាមួយក្នុងចំណោមឯកសារដូចខាងក្រោម៖

- លិខិតបញ្ជាក់កំណើត
- លិខិតឆ្លងដែន/ទិដ្ឋភាព
- ឯកសារស្តីពីកូន
- កំណត់ត្រាមណ្ឌលរ៉េម៉ូត
- កិច្ចសន្យាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលចុះហត្ថលេខា និងការបញ្ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ/ម្តាយ និងបុគ្គលដែលមានទំនួលខុសត្រូវលើអំណាចអមពា

សូមប្រើប្រាស់វាសឯកសារទាំងអស់ដែលមាន៖

- លិខិតប្រកាសពន្ធប្រាក់ចំណូលពាសធានាសុខភាព
- ទម្រង់ W-2 កាលពីឆ្នាំមុន
- កម្រៃប័ណ្ណបើកប្រាក់ស្នូលកាលពី 12 ខែកន្លងទៅ
- លិខិតស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍ SSI/TANF កាលពី 12 ខែកន្លងទៅ
- ប្រាក់ចំនួនបញ្ញើមណ្ឌលរ៉េម៉ូត
- អាហារកិច្ច
- លិខិតប្រកាសនិយោជកដែលបញ្ជាក់ពីចំណូលដុលរដ្ឋរបស់អ្នក កាលពី 12 ខែកន្លងទៅ

សូមប្រើប្រាស់ឯកសារណាមួយក្នុងចំណោមឯកសារដូចខាងក្រោម៖

- លិខិតប្រកាសពន្ធប្រាក់ចំណូលពាសធានាសុខភាព
- កិច្ចសន្យាជួលផ្ទះ



សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលនិរន្តរ៍ ឬ ឡើងវិញ ដែលមិនបានរៀបចំខាងលើ។



សូមប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកដែលបានចំពេញរួច និងឯកសារគាំទ្រទៅកាន់៖

អាសយដ្ឋាន៖

លេខទូរស័ព្ទ៖

វាកាន់តែល្អប្រសើរឡើងទៀតដោយបញ្ជូនប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការបច្ចុប្បន្នរបស់កូនអ្នកជាមួយខ្លួនឯកសារផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសញ្ញាណប័ណ្ណ IFSP/IEP ក្នុងគោលបំណងស្នើសុំសេវាសម្រាប់កុមារដែលមានបញ្ហាសិក្សា យើងមិនអាចដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នកបានទេ ដោយឡែក។

សូមចាំថាពាក្យសុំរបស់អ្នកដែលបានចំពេញរួចរបស់អ្នកត្រូវបានដាក់តាមរយៈប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការសុំសេវាសម្រាប់កុមារដែលមានបញ្ហាសិក្សា។

ព័ត៌មាននៅលើពាក្យស្នើសុំអង្គ គឺជាភាសាខ្មែរ និងគ្រូបង្រៀនប្រាប់អំពីចំណុចដែលទទួលបានសិទ្ធិរបស់កូនអង្គសម្រាប់កម្មវិធីអប់រំកុមារតូចរបស់យើងតែប៉ុណ្ណោះ។ យើងខិតខំឱ្យ គ្រូពិសិទ្ធ ឃ្លាញករណីពិស្តាភាពការណ៍សម្រាប់កូនរបស់អង្គនេះ។

ព័ត៌មាន	ព័ត៌មានរបស់កុមារ		
	<input checked="" type="checkbox"/> ឈ្មោះ:	អក្ខរក្រិយ៍នៃឈ្មោះកណ្តាល:	គោត្តឈ្មោះ:
	<input checked="" type="checkbox"/> ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____/_____/_____		<input checked="" type="checkbox"/> ភេទ:
	នួសប្រយោជន៍ស្រាប់ក្នុងការស្នើសុំថ្នាក់ណាមួយនៃការសិក្សាឈ្នើមរបស់កុមារនេះ:		
	ការប្រឡូកព័ត៌មានខាងក្រោម ឬបង្ហាញពីការស្នើសុំសេវាសម្រាប់គ្រូសិក្សាប្រចាំ និងការគាំទ្រយ៉ាងពិសេសសម្រាប់កូន និងស្រ្តីសម្រាប់កុមារ		
	<input checked="" type="checkbox"/> តើភាសាដែលកូនរបស់អង្គនិយាយនៅផ្ទះ: ជាភាសាដើម?		
	<input checked="" type="checkbox"/> តើកូនរបស់អង្គជាជនជាតិអន្តរជាតិ/អាមេរិកឡាទីន?		
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - សូមរៀបរាប់ ឬសរសេរពីប្រទេសកំណើត: _____		
<input type="checkbox"/> ទេ			
<input checked="" type="checkbox"/> តើកូនរបស់អង្គជាជនជាតិដើម?	សូមគូសយកក្របខ័ណ្ឌថ្មីនៃថ្ងៃកំណើត:		
<input type="checkbox"/> ជនជាតិអាហ្វ្រិក/អាហ្វ្រិកអាមេរិក/ជនជាតិស្បែកខ្មៅ	សូមរៀបរាប់ ឬសរសេរពីកុលសម្ព័ន្ធ/ប្រទេសកំណើត: _____		
<input type="checkbox"/> អាស៊ី	សូមរៀបរាប់ ឬសរសេរពីកុលសម្ព័ន្ធ/ប្រទេសកំណើត: _____		
<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាហ្វ្រិក/ជនជាតិដើមអាមេរិក/ឥណ្ឌូអាមេរិក	សូមរៀបរាប់ ឬសរសេរពីកុលសម្ព័ន្ធ/ប្រទេសកំណើត: _____		
<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ាយ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	សូមរៀបរាប់ ឬសរសេរពីកុលសម្ព័ន្ធ/ប្រទេសកំណើត: _____		
<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស	សូមរៀបរាប់ ឬសរសេរពីកុលសម្ព័ន្ធ/ប្រទេសកំណើត: _____		
	ប្រសិនបើមិនបានរៀបរាប់ផ្នែកខាងលើនេះទេ សូមពិពណ៌នាពីប្រវត្តិរបស់កូនអង្គ: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> តើកូនរបស់អង្គបានចូលរួមក្នុងកម្មវិធីណាមួយពីមុនក្នុងប្រទេស?			
<input type="checkbox"/> Birth-to-3 Home Visiting Program	<input type="checkbox"/> Head Start		
<input type="checkbox"/> Early Support for Infants and Toddlers (ESIT)	<input type="checkbox"/> Migrant/Seasonal Head Start <small>(ត្រូវបំពេញក្នុងក្របខណ្ឌ)</small>		
<input type="checkbox"/> Early Head Start	<input type="checkbox"/> ECEAP		
<input type="checkbox"/> Parents as Teachers	<input type="checkbox"/> ទេ		
តើកូនរបស់អង្គចូលរួមលើកឡើងក្រោយនៅពេលណា? _____ ឈ្មោះ និងទីតាំងនៃកម្មវិធី _____			
<input checked="" type="checkbox"/> តើកូនរបស់អង្គនៅមូលដ្ឋានថែទាំសម្រាប់កុមារ/ថែទាំដោយសាច់ញាតិ? (ការអនុញ្ញាតិសម្រាប់អង្គការថែទាំដោយសារ ឬកុលសម្ព័ន្ធ ដែលបញ្ជាក់ថាកុមារនេះគឺស្ថិតនៅក្នុងបង្កប់របស់មូលដ្ឋានថែទាំ/សាច់ញាតិ)			
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
<input checked="" type="checkbox"/> តើកូនរបស់អង្គស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំរបស់មូលដ្ឋានថែទាំ/ការថែទាំរបស់សាច់ញាតិ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		
តើកូនរបស់អង្គត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំកុមារ ឬសាលាមត្តេយ្យសិក្សា ដោយសារតែបញ្ហាប្រតិបត្តិការណ៍របស់កុមារ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
តើកូនរបស់អង្គធ្លាប់ទទួលបានការសម្របសម្រួលនៅក្នុងផ្ទះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
តើកូនរបស់អង្គទទួលបានការធ្វើវាស់វែងដោយអង្គការថែទាំសុខភាព ដោយមានស្ថាប័នសុខភាពកុមារ/ផ្នែកមួយណាមួយ ដូចជាជំងឺហឺត ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬក្រហមភាពបេះដូង អាចកំហុសប្រព័ន្ធប្រដាប់សព្ទដើមរបស់កូនអង្គ?			
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - សូមរៀបរាប់: _____ <input type="checkbox"/> ទេ			
ព័ត៌មានរបស់កុមារ			
តើអ្នក សង្ស័យ ថាកូនរបស់អង្គមានភាពយឺតយ៉ាវផ្នែកស្រាវជ្រាវ ឬពិការភាពផ្សេងទៀត?			
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - សូមរៀបរាប់: _____ <input type="checkbox"/> ទេ			
តើកូនរបស់អង្គមានវិវឌ្ឍន៍ការសរសេរ/ស្រាវជ្រាវ/ប្រតិបត្តិការក្នុងបណ្ណាល័យ (IFSP) ឬវិវឌ្ឍន៍ការសរសេរ/ស្រាវជ្រាវ/ប្រតិបត្តិការក្នុងបណ្ណាល័យ (IEP) ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមរៀបរាប់លម្អិតពីឈ្មោះ និងប្រភេទបណ្ណាល័យរបស់ IFSP ឬ IEP ធានាថាពាក្យស្នើសុំ:			
<input checked="" type="checkbox"/> សូមគូសរាប់ប្រទេសនៃ IFSP ឬ IEP ទាំងអស់:			

- | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ម៉ូឌឹស៊ីម | <input type="checkbox"/> ពិការភាពផ្នែកសតិយញ្ញា | <input type="checkbox"/> ពិការភាពផ្នែកសិក្សាដាក់សាក់ |
| <input type="checkbox"/> ផ្លូវ-ច្នាក់ | <input type="checkbox"/> ពិការភាពចម្រុះ | <input type="checkbox"/> ភាពចុះខ្សោយផ្នែកកាសា/ការឱបាយក្លី |
| <input type="checkbox"/> ភាពយឺតយ៉ាវផ្នែកសុខភាព | <input type="checkbox"/> ភាពចុះខ្សោយចិត្ត | <input type="checkbox"/> របួសខួរក្បាលដោយការប៉ះទង្គិច |
| <input type="checkbox"/> ចិត្តវិបល្លាស | <input type="checkbox"/> ភាពចុះខ្សោយចិត្តសុខភាពផ្សេងទៀត | <input type="checkbox"/> ភាពចុះខ្សោយផ្នែកតំបើញ |
| <input type="checkbox"/> ភាពចុះខ្សោយផ្នែកសេចក្តីព្រាង | | |

➢ តើសាលាមេត្តាជួយសិក្សាសម្រាប់ការអប់រំពិសេស ឬកម្មវិធីអប់រំសម្រាប់កុមារទើបកើតដល់អាយុបីឆ្នាំ មាន/អាចស្វែងរកបានដោយងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ មិនដឹង

តើអ្នកមានក្តីបារម្ភអំពីការស្ថិតស្ថេរ និងសុខភាពរបស់កូនអ្នកដែរឬទេ? សូមគូសយកគ្រប់ចម្លើយដែលមាន៖

- ទម្ងន់ពេលកើតមក (ម្យ៉ាងជាង 5.8 គោន) សុខភាពផ្លូវចិត្ត - សូមរៀបរាប់៖ _____ អាកប្បកិរិយា - សូមរៀបរាប់៖ _____

- រោគវិញ្ញាណ ប្រតិកម្មនឹងអាហារ/របបអាហារពិសេស - សូមរៀបរាប់៖ _____ ភាសា/ការឱបាយក្លី
- គំហើញ លើ/ពួកអ្នក/ឈាមអញ្ចាញអ្នក ចលកក្កដ/ចលកក់ ផ្សេងៗ - សូមបញ្ជាក់៖ _____
- ញៀនថ្នាំ/គ្រឿងព្រាង ផ្សេងៗ - សូមបញ្ជាក់៖ _____

តើកូនរបស់អ្នកមានការងារចាប់ផ្តើមស្រ្តីដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស - តើប្រភេទអ្វី?
- Washington Apple Health/ProviderOne ការងារចាប់ផ្តើម ការងារចាប់ផ្តើមស្រ្តីយោធា ឬកុលសម្ព័ន្ធ (Tribal or Military Medical Coverage)
- ទេ

តើកុមារនេះមានត្រូវព្យាបាលប្រចាំការ ឬគ្មានកិច្ចព្រមព្រៀងដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើកុមារនេះទទួលបានការពិនិត្យតាមដានសុខុមាលភាពក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយដែរឬទេ? បាទ/ចាស - កាលបរិច្ឆេទតាមដានចុងក្រោយ៖ ____/____/____ មិនដឹងកាលបរិច្ឆេទ ទេ

តើកូនរបស់អ្នកមានការងារចាប់ផ្តើមស្រ្តីដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស - តើប្រភេទអ្វី?
- Washington Apple Health/ProviderOne ការងារចាប់ផ្តើម ការងារចាប់ផ្តើមស្រ្តីយោធា ឬកុលសម្ព័ន្ធ (Tribal or Military Dental Coverage)
- ទេ

តើកុមារនេះមានត្រូវព្យាបាលប្រចាំការ ឬគ្មានកិច្ចព្រមព្រៀងដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើកុមារនេះទទួលបានការពិនិត្យតាមដានសុខុមាលភាពក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយដែរឬទេ? បាទ/ចាស - កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ៖ ____/____/____ មិនដឹងកាលបរិច្ឆេទ ទេ

ព័ត៌មានគ្រួសារ	ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល 1	ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល 2
❖ ឈ្មោះ៖		
❖ ទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារ៖	<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម/ស្រុក/បង្កើត <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចុង <input type="checkbox"/> ជីដូនជីតា <input type="checkbox"/> សាច់ញាតិផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម/ស្រុក/បង្កើត <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចុង <input type="checkbox"/> ជីដូនជីតា <input type="checkbox"/> សាច់ញាតិផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
❖ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	____/____/____ ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ	____/____/____ ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ
❖ តើអ្នកមានអាយុប៉ុន្មាន ខែ/ពេលកូនរបស់អ្នកកើត?	_____	_____
❖ អាសយដ្ឋាន៖		
❖ ទូរស័ព្ទ៖	____-____-____ <input type="checkbox"/> ទៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចលក <input type="checkbox"/> ទៅកន្លែងធ្វើការ	____-____-____ <input type="checkbox"/> ទៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចលក <input type="checkbox"/> ទៅកន្លែងធ្វើការ
❖ ទូរស័ព្ទស្វែងរកទីផ្សារ៖	____-____-____ <input type="checkbox"/> ទៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចលក <input type="checkbox"/> ទៅកន្លែងធ្វើការ	____-____-____ <input type="checkbox"/> ទៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចលក <input type="checkbox"/> ទៅកន្លែងធ្វើការ
❖ អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖		

ព័ត៌មានគ្រួសារ	ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល 1	ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល 2
❖ តើអ្នកត្រូវការអ្នកបម្រើដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
❖ តើអ្នកឱបាយកាសាអ្វី ឬអ្វីផ្សេងៗ?	_____	_____

<p>តើអ្នកមានសញ្ញាបត្រមធ្យមសិក្សាទុតិយភូមិ ឬ សញ្ញាបត្រ មានតម្លៃសមមូល (GED) ដែរឬទេ?</p> <p>តើការសិក្សា ខ្ពស់ជាងអក្រិកណា ដែលអ្នកបានបញ្ចប់ការសិក្សា?</p>	<p><input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមានតម្លៃសមមូល</p> <p><input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមធ្យមសិក្សាទុតិយភូមិ</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មាន - តើការសិក្សា ខ្ពស់ជាងអក្រិកណា ដែលអ្នកបានបញ្ចប់ការសិក្សា? _____</p> <p><input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ/ការសិក្សាបណ្ណាល័យខ្ពស់ណាមួយ</p> <p><input type="checkbox"/> វិញ្ញាបនបត្រជំនាញការងារ/សញ្ញាបត្រមហាវិទ្យាល័យ</p> <p><input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្ររង</p> <p><input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ</p> <p><input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មាន</p>	<p><input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមានតម្លៃសមមូល</p> <p><input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រមធ្យមសិក្សាទុតិយភូមិ</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មាន - តើការសិក្សា ខ្ពស់ជាងអក្រិកណា ដែលអ្នកបានបញ្ចប់ការសិក្សា? _____</p> <p><input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ/ការសិក្សាបណ្ណាល័យខ្ពស់ណាមួយ</p> <p><input type="checkbox"/> វិញ្ញាបនបត្រជំនាញការងារ/សញ្ញាបត្រមហាវិទ្យាល័យ</p> <p><input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្ររង</p> <p><input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ</p> <p><input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មាន</p>	
<p>❖ តើបច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកធ្វើការងារដែរឬទេ?</p> <p>❖ តើបច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល ការងារ ឬនៅសិក្សា?</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - តើមានរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ</p> <p><input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍/ពិការភាព</p> <p><input type="checkbox"/> តាមរដ្ឋកាល</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - តើមានរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - តើមានរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ</p> <p><input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍/ពិការភាព</p> <p><input type="checkbox"/> តាមរដ្ឋកាល</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - តើមានរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ</p>	
<p>❖ តើអ្នកស្ថិតក្នុងសកម្មភាព WorkFirst ដែលទទួលបានការយល់ព្រមដែរឬទេ?</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - សូមរៀបរាប់ពីសកម្មភាព និងចំនួនម៉ោងដែលបានការយល់ព្រមក្នុងមួយសប្តាហ៍៖ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - សូមរៀបរាប់ពីសកម្មភាព និងចំនួនម៉ោងដែលបានការយល់ព្រមក្នុងមួយសប្តាហ៍៖ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ</p>	
<p>តើអ្នកកំពុងជាប់កាតព្វកិច្ចយោធារបស់សហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ?</p> <p>តើអ្នកជាសមាជិកកងសន្តិសុខជាតិ ឬអង្គការបម្រុងយោធាដែរឬទេ?</p> <p>តើអ្នកជាអតីតយោធាសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ?</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p>	
<p>សូមគូសលើចំណុចក្នុងខ្នាតដែលអ្នកមានសម្រាប់ ទូទៅអ្នកផ្តល់/សមាជិកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យយើងអាចជួយអ្នកបានតាមរយៈ៖</p>			
<p><input type="checkbox"/> ភាពខ្លាំងទីជម្រកពីមុនមក (ក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ)</p> <p><input type="checkbox"/> ឥតកម្លាយ/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារ មានពិការភាព</p> <p><input type="checkbox"/> ឥតកម្លាយ/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារ បច្ចុប្បន្ននេះត្រូវបានដាក់ព្រាយនៅតំបន់សមរម្យប្រយុទ្ធ ឬបានចាត់តាំងក្នុងអំឡុងឆ្នាំមុន</p> <p><input type="checkbox"/> ឥតកម្លាយ/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារ ជាប់ពន្ធនាគារ</p> <p><input type="checkbox"/> ជំងឺផ្នែកផ្លូវចិត្តក្នុងគ្រួសារ/ការប្រើក្សារយោបល់ រួមទាំងជំងឺផ្លូវចិត្តក្នុងគ្រួសារក្រោយការសម្របសម្រួលជាដើម។</p> <p><input type="checkbox"/> ឥតកម្លាយ/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារជាមួយអន្តោរប្រវេសន៍</p> <p><input type="checkbox"/> អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារតាមផ្ទះ (អតីតកាល ឬបច្ចុប្បន្ន)</p> <p><input type="checkbox"/> បញ្ហាផ្ទះច្រើន/គ្រឿងស្រវឹងក្នុងគ្រួសារ ឬការប្រើប្រាស់សារធាតុច្រើន</p> <p><input type="checkbox"/> គ្រួសារមានការជួយគាំទ្រតិចតួច ឬគ្មានសោះ ពីគ្រួសារម្តីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត</p>			
<p><input type="checkbox"/> សមាជិកគ្រួសារដទៃទៀតមិនមានការខាតបង់ទន្តសារស្រូវ/ផ្សេងសារស្រូវ</p> <p><input type="checkbox"/> សមាជិកគ្រួសារដទៃទៀតមិនមានមន្ទីរទទួលស្រូវ/ផ្សេងសារស្រូវ</p> <p><input type="checkbox"/> កូនរបស់ឥតកម្លាយ/អាណាព្យាបាលដែលមានក្តីកង្វល់ផ្នែកសុខភាព</p> <p><input type="checkbox"/> កូនរបស់ឥតកម្លាយ/អាណាព្យាបាលដែលមានភាពលំបាកក្នុងការរៀនសូត្រ</p> <p><input type="checkbox"/> ទទួលបានការងារ ឬបន្តធ្វើការងារ</p> <p><input type="checkbox"/> ក្តីកង្វល់អំពីលំនៅដ្ឋាន</p> <p><input type="checkbox"/> ក្តីកង្វល់ផ្នែកច្បាប់</p> <p><input type="checkbox"/> ជនអន្តោប្រវេសន៍/ជនអៀសខ្លួន (5 ឆ្នាំកន្លងមក)</p>			

ព័ត៌មានគ្រួសារ

❖ កុមាររស់នៅជាមួយ៖

- ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល
- ទាំងឪពុកនិងម្តាយ/អាណាព្យាបាលនៅក្នុងគ្រួសារតែមួយ
- ទាំងឪពុកនិងម្តាយ/អាណាព្យាបាលក្នុងគ្រួសារពីរផ្សេងគ្នា - តើគ្រួសារម្ខាងមានអំណាចមេបញ្ជាបច្ចុប្បន្នទីមួយដែរឬទេ?
 - បាទ/ចាស - តើឪពុក ឬម្តាយជាអ្នកមានអំណាចមេបច្ចុប្បន្នទីមួយ? _____
 - ទេ - តើឪពុកម្តាយម្ខាងទទួលបានប្រាក់អាហារកិច្ចពីគ្រួសារម្ខាងទៀតដែរឬទេ?
 - បាទ/ចាស - តើឪពុក ឬម្តាយជាអ្នកទទួលបានប្រាក់អាហារកិច្ច? _____
 - ទេ

❖ សូមបំពេញឈ្មោះមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ មិនគួររួមបញ្ចូលមនុស្ស ឬកូនរបស់អ្នកឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការចន្លោះបំបែករវាង សូមសរសេរនៅលើក្រដាសមួយស្លឹកដាច់ដោយស្រេច ហើយដាក់បញ្ចូលជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំអ្នក។

ឈ្មោះ (ឆ្មាមន្ត ឬនាមត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	តើអ្នកផ្តល់ការបន្តបន្ថែមទីកាល លំប្អូនលម្អិតនេះដែរឬទេ?	តើប្តីឬស្រីនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក តាមរយៈការជាប់សាច់ឈាម ការរៀបការ ឬតាមរយៈស្និទ្ធស្នាល?
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ព័ត៌

❖ តើកុមារនេះរស់នៅជាមួយអាណាព្យាបាលដែលមិនមែនជាឪពុកម្តាយបង្កើត ឬឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមមែនឬទេ?

- បាទ/ចាស
- ទេ តើប្តីឬស្រីនេះទទួលបានប្រាក់បន្តបន្ថែមពីរដ្ឋ កុលសម្ព័ន្ធ ឬ SSI ក្នុងនាមកុមារម្នាក់នោះមែនឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- ទេ

តើអ្នក កូនរបស់អ្នក ឬសមាជិកនៃរដ្ឋទៀតរបស់គ្រួសារអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលទាំងនេះដែរឬទេ? សូមគូសយកគ្រប់ចម្លើយដែលមាន៖

- TANF ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI) សម្រាប់ពិការភាព ប្រាក់ចំណូលកូនចិញ្ចឹម
- តើគិតសម្រាប់កុមារតែប៉ុណ្ណោះមែនឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើអ្នកមាន Working Connections Child Care Subsidy ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- ទំនាក់ទំនងរបស់ប្តីឬស្រីទៅនឹងកុមារ៖ _____

❖ ចំណូលគ្រួសារចំពោះប្រមាណសរុបនៅក្នុងប្រតិទិនចុងក្រោយ ឬក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ៖ _____

សូមបញ្ចូលលក្ខណសម្បត្តិទាំងអស់របស់អ្នក និងទំហំគ្រួសារជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំអ្នក។

❖ តើគ្រួសាររបស់អ្នក បច្ចុប្បន្នទទួលបានសេវាកម្មតាមរយៈការពារកុមារ (CPS), ការឆ្លើយតបកម្រិតខ្ពស់ដើម្បីគ្រួសារ (FAR), ឬសុខុមាលភាពកុមារកិច្ច (ICW) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

❖ តើគ្រួសាររបស់អ្នកបច្ចុប្បន្នទទួលបានការយល់ព្រមសម្រាប់ការថែទាំកុមារ តាមរយៈ CPS ឬ FAR ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស - ចំនួនម៉ោងដែលបានយល់ព្រមក្នុងមួយសប្តាហ៍ _____ ទេ

❖ តើគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានសេវាពី CPS ឬ ICW ពីមុនមកដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

❖ តើស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានរបស់គ្រួសារអ្នកមានលក្ខណៈដូចម្តេច?

ធូល កម្មសិទ្ធិ ផ្សេងៗ - **ប្រសិនបើគ្រួសារអ្នក រស់នៅក្នុងបណ្តាស្ថាន ដែលបានក្លាយមកជាមួយនេះ**

តើគ្រួសារនេះទទួលបានលំនៅដ្ឋានដែលបានផ្តល់ជូនដោយរដ្ឋ ដូចជាបណ្តាស្ថានលំនៅដ្ឋាន ឬជំនួយសាច់ប្រាក់សម្រាប់លំនៅដ្ឋានដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

❖ តើអ្នកនឹងដាក់កម្មវិធីសម្រាប់យើងដោយរបៀបណា? សូមគូសយកគ្រប់ចម្លើយដែលមាន៖

- បណ្តាញសេវាអប់រំ ព្រឹត្តិការណ៍សាមគ្គីភាព ទំនាក់ទំនង ប្រតិទិនផ្សព្វផ្សាយ ដឹងគ្នាគ្នា បុគ្គលិកក្នុងបណ្តាញសេវាអប់រំ ឪពុកម្តាយពីមុន

ទីភ្នាក់ងារសហគមន៍/បុគ្គលិកផ្នែកសេវា - សូមបញ្ជាក់៖ _____ ផ្សេងៗ - សូមបញ្ជាក់៖ _____

តើបានផ្ញើសំណួរតាមរយៈស៊ីអិលអិល ហើយបានផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពស្នាក់នៅរបស់អ្នកដែរឬទេ?

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____



STAFF ONLY: Returning Child Information

Complete if the child is returning for the next program year. Do not reverify income.

Program Year:		Updated Total:	
HS/EHS Only – Date Sent to PSESD:		Site/ID Name:	
CHILD INFORMATION			
Child's Name:		Child's Date of Birth:	
Has the child been diagnosed by a Health Care Provider with one or more serious/chronic health conditions, such as asthma, diabetes, seizures, heart condition, or life-threatening allergies?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
Does the family suspect that the child has a developmental delay or disability?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
Does the child have a current Individual Family Service Plan (IFSP) or Individual Education Plan (IEP)?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
Does the family have concerns about the child's health and development?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
Does this child have medical insurance? □ Yes □ No		Does this child have a regular doctor or medical clinic? □ Yes □ No	
Does this child have dental insurance? □ Yes □ No		Does this child have a regular dentist or dental clinic? □ Yes □ No	
Does the family have new/additional areas of concern?			
□ Yes – Please describe: _____		□ No	
FAMILY INFORMATION		Parent/Guardian 1	Parent Guardian 2
Name:			
Relationship to Child:		<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Stepparent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Other Relative <input type="checkbox"/> Other
Address (if changed):			
Phone (if changed): _____ - _____ - _____		□ Home □ Cell □ Work	_____ - _____ - _____ □ Home □ Cell □ Work
Alternate Phone (if changed): _____ - _____ - _____		□ Home □ Cell □ Work	_____ - _____ - _____ □ Home □ Cell □ Work
Email Address (if changed):			
Did the parent/guardian receive a high school diploma or GED?		<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> High school diploma <input type="checkbox"/> None – What is the highest grade completed? _____	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> High school diploma <input type="checkbox"/> None – What is the highest grade completed? _____
What is the highest degree the parent/guardian completed?		<input type="checkbox"/> Some college/advanced training <input type="checkbox"/> College degree/training certificate <input type="checkbox"/> Associate degree <input type="checkbox"/> Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Master's degree <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Some college/advanced training <input type="checkbox"/> College degree/training certificate <input type="checkbox"/> Associate degree <input type="checkbox"/> Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Master's degree <input type="checkbox"/> None
Is the parent/guardian currently employed?		<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retired/Disabled <input type="checkbox"/> Seasonal	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retired/Disabled <input type="checkbox"/> Seasonal
Is the parent/guardian currently in job training or school?		<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – How many hours per week? _____ <input type="checkbox"/> No
Is the parent/guardian on active U.S. military duty?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the parent/guardian a member of a National Guard or Military Reserve unit?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the parent/guardian a U.S. military veteran?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
What is the family's current housing situation?			
□ Rent □ Own □ Other – Please describe: _____			
Staff Name:		Title:	
Staff Signature:		Date:	

កម្រងសំណួរលំដាប់

គេហទំព័រ និងអាសយដ្ឋាន

ប្រសិនបើអ្នកមានសកម្មសិទ្ធិ/ជួលផ្ទះរបស់អ្នក អ្នកមិនចាំបាច់បញ្ចេញទម្រង់បែបនេះទេ។

ចម្លើយចំពោះសំណួរខាងក្រោមនេះអាចជួយកំណត់ពីសេវាស្បៀងអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ច្បាប់ McKinney-Vento ផ្តល់ជូនសេវា និងការគាំទ្រសម្រាប់កុមារ និងយុវជនដែលជួបប្រទះភាពគ្មានទីជម្រកស្នាក់នៅ។ (សូមមើលទំព័រឆ្លាប់សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសកម្មសិទ្ធិ/ជួលផ្ទះរបស់អ្នកទេ សូមចែករំលែកព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពរស់នៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ សូមគូសយកគ្រប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ។

- នៅក្នុងម៉ូតូល
នៅក្នុងទីជម្រក
នៅផ្ទះរបស់អ្នកប្តេជ្ញាខ្លួន ជាមួយគ្រួសារផ្សេងទៀត - សូមគូសយកចម្លើយមួយ៖
- តាមការជ្រើសរើស
- ដោយសារបាត់បង់លំនៅដ្ឋាន ភាពលំបាកផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច ឬមូលហេតុប្រហាក់ប្រហែលនេះ
នៅក្នុងទីស្នាក់នៅដែលមានសេវាសាធារណៈមិនគ្រប់គ្រាន់ (គ្មានទឹក ម៉ាស៊ីនកម្ដៅ អគ្គិសនីជាដើម)
បង្គាប់ទីលំនៅពីកន្លែងមួយទៅកន្លែងមួយ/ស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្នជាមួយអ្នកដទៃ
រថយន្ត ឧទ្យាន ទីតាំងបោះជំរុំ ឬទីកន្លែងប្រហាក់ប្រហែលនេះ
លំនៅដ្ឋានបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់អ្នកគ្មានទីជម្រក
បាទ/ចាស - សូមរៀបរាប់

ឈ្មោះរបស់កុមារ៖ _____
នាមខ្លួន _____ នាមកណ្តាល _____ នាមត្រកូន _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____ ឆ្នាំ _____
ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ _____ ភេទ៖ _____

- កុមារមិនមានអ្នកនៅជាមួយ (មិនរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់)
កុមារកំពុងរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្ន៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ៖ _____ ឈ្មោះសម្រាប់ទំនាក់ទំនង៖ _____

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅចំពោះមុខការដាក់ទោសពីបទធ្វើសក្ខីកម្មមិនពិតក្រុមច្បាប់របស់រដ្ឋាភិបាលថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដ។

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល៖ _____

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____



ផ្នែក 725. និយមន័យ

សម្រាប់គោលបំណងនៃចំណងជើងរងនេះ៖

- (1) ពាក្យ "ចុះឈ្មោះចូលរៀន" និង "ការចុះឈ្មោះចូលរៀន" រួមមានការចូលរៀននៅក្នុងថ្នាក់សិក្សានានា និងការចូលរួមពេញលេញនៅក្នុងសកម្មភាពរបស់សាលា។
- (2) ពាក្យ "កុមារ និងយុវជនអនាថា"-
 - (A) មានន័យថា ជាបុគ្គលដែលមានកង្វះខាតទីស្នាក់អាស្រ័យនៅពេលយប់គ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ និងជាប្រចាំ (ស្ថិតនៅក្នុងអត្ថន័យផ្នែក 103(a)(1)); និង
 - (B) រួមមាន -
 - (i) កុមារ និងយុវជនដែលរស់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋានរួមគ្នាជាមួយអ្នកដទៃទៀត ដោយសារតែការបាត់បង់លំនៅដ្ឋាន បញ្ហាសេដ្ឋកិច្ច ឬមូលហេតុប្រហាក់ប្រហែលនេះ។ កំពុងរស់នៅក្នុងម្ចាស់សណ្ឋាគារ ឧទ្យានផ្ទះសណ្ឋាគារ ទីតាំងបោះជំរុំ ដោយសារខ្វះកន្លែងស្នាក់នៅសមស្របផ្សេងទៀត។ កំពុងរស់នៅកន្លែងស្នាក់នៅសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬទីជម្រកបណ្តោះអាសន្ន។ ត្រូវបានបោះបង់ចោលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
 - (ii) កុមារ និងយុវជនដែលមានទីស្នាក់អាស្រ័យនៅពេលយប់សំខាន់ៗដែលស្ថិតនៅតាមទីសាធារណៈ ឬទីតាំងឯកជនដែលមិនមែនបង្កើតឡើងសម្រាប់ឬប្រើប្រាស់ជាទីកន្លែងសម្រាប់ការស្នាក់នៅជាប្រចាំសម្រាប់មនុស្ស (ក្នុងអត្ថន័យនៃផ្នែក 103(a)(2)(C))។
 - (iii) កុមារ និងយុវជនដែលរស់នៅក្នុងថយន្ត ឧទ្យាន ទីធ្លាសាធារណៈ អាគារបោះបង់ចោល ទីលំនៅក្រោមស្តង់ដារ រថយន្តក្រុង ស្ថានីយរថភ្លើង ឬទីកន្លែងប្រហាក់ប្រហែលនេះ។ និង
 - (iv) កុមារទេសន្តប្រដសន៍ (ដូចជាពាក្យដែលបានកំណត់និយមន័យនៅក្នុងផ្នែក 1309 នៃច្បាប់ស្តីការអប់រំកម្រិតបឋមសិក្សា និងវិទ្យាល័យឆ្នាំ1965) ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអ្នកគ្មានទីជម្រក សម្រាប់គោលបំណងនៃចំណងជើងរងនេះ ដោយសារកុមារនោះកំពុងរស់នៅក្នុងស្ថានភាពដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងខថង (i) ដល់ (iii)។
- (3) ពាក្យថា "យុវជនគ្មានអ្នកនៅជាមួយ" រួមបញ្ចូលទាំងយុវជនដែលមិនស្ថិតនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលផងដែរ។

ឯកសារបន្ថែម

ព័ត៌មានរបស់ឪពុកម្តាយ និងឯកសារបន្ថែមអាចស្វែងរកបានតាមគេហទំព័រដូចខាងក្រោម៖

- http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php
- <http://www.schoolhouseconnection.org/>