



ព្រឹត្តិបត្រសម្រាប់ប្រពន្ធនៃអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធប្រឆាំងជំងឺ ប្រព័ន្ធជាម៉ត់ចត់ Autism



ឈ្មោះកុមារឬមនុស្សពេញវ័យ: _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ ភេទ: _____ ជនជាតិ: _____

ភាសាចម្បង: _____

អាសយដ្ឋាន: _____

កម្ពស់: _____ ទម្ងន់: _____ ពណ៌សក់: _____ ពណ៌ភ្នែក: _____

ស្លាកស្នាម / ស្នាម / ស្នាមសាក់: _____

សម្មតិភាព (ឬឈ្មោះដែលគួរប្រើដើម្បីសុំការឆ្លើយតប) _____

តើបុគ្គលនោះឆ្លើយតបនឹងឈ្មោះរបស់គាត់ទេ? បាទ / ចាស ទេ

វិធីសាស្ត្រនៃការទាក់ទងគ្នា? ពាក្យសំដី: បាទ / ចាស ទេ មានកំណត់

គូសអ្វីទាំងអស់ដែលអាចអនុវត្តបាន: ភាសាសញ្ញា: ក្តាររូបភាព: ពាក្យសរសេរ:

ផ្សេងទៀត: _____

តើបុគ្គលម្នាក់ៗនឹងមានប្រតិកម្មយ៉ាងណាចំពោះ ស៊ីវីន ពន្លឺភ្លើង K9 (ឆ្កែប៉ូលីស) និងមនុស្សក្នុងឯកសណ្ឋាន? _____

អ្វីដែលធ្វើឲ្យកើតមានឡើង ឬការមិនចូលចិត្ត: _____

ការចាប់ផ្តើមការសន្ទនា: _____

វិធីសាស្ត្រល្អបំផុតក្នុងការទាក់ទងដោះស្រាយ(រួមបញ្ចូលការទាក់ទងដោះស្រាយ និងបច្ចេកទេសការកាត់បន្ថយការកើនឡើងជាធម្មតា)

ភាពទាក់ទាញអារម្មណ៍ ឬចំណាប់អារម្មណ៍ពិសេស: _____

អាកប្បកិរិយាច្រំដែល/ ចលនាច្រំដែល: _____

កន្លែងដែលចូលចិត្តទៅ ឬទីតាំងដែលអាចរកឃើញប្រសិនបើបាក់ខ្លួន:

បញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ: _____

ព័ត៌មានបន្ថែម: _____

ការទាក់ទងក្នុងពេលបន្ទាន់

អ្នកទាក់ទងក្នុងពេលបន្ទាន់បឋម: _____

ទូរស័ព្ទ: _____

អាស័យដ្ឋាន: _____

អ្នកទាក់ទងក្នុងពេលបន្ទាន់ទី ២: _____

ទូរស័ព្ទ: _____

ទម្រង់ការចេញផ្សាយ

នាយកដ្ឋានប៉ូលីស និងនាយកដ្ឋានពន្ធនាគារអគ្គិភ័យនៃទីក្រុងប្រូវីឌីនស៍ និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកនៅពេលឆ្លើយតបទៅនឹងការស្នើសុំសេវាកម្មរបស់អ្នក និង/ឬនៅពេលមានទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្សដែលមានឈ្មោះ។ ទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកនឹងជួយយើងឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីតម្រូវការរបស់អ្នកនិងវិធីដែលយើងអាចធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសេវាកម្មរបស់យើងទាក់ទងនឹងអ្នក និង/ឬក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក។

វាត្រូវបានគេទទួលស្គាល់ថាវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងការធានាថាព័ត៌មានដែលប្រមូលបានគឺថ្មី និងមានសុពលភាពហើយ**ការិយាល័យទំនាក់ទំនងសហគមន៍**ត្រូវបានទទួលដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។

Community Relations Bureau
325 Washington Street
Providence, RI 02903

ប្រព័ន្ធដាស់តឿន Autism គឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្ត ព័ត៌មានទាំងអស់នឹងត្រូវរក្សាជាការសម្ងាត់ហើយមិនមែនជាកំណត់ត្រាសាធារណៈទេ ហើយត្រូវប្រើសម្រាប់គោលបំណងដែលបានប្រុងទុកដើម្បីការពារមនុស្សដែលជិតផុតពូជ។

ខ្ញុំ _____ ស្ម័គ្រចិត្តផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ នាយកដ្ឋានប៉ូលីស និងនាយកដ្ឋានពន្ធនាគារអគ្គិភ័យនៃទីក្រុងប្រូវីឌីនស៍ ប្រើព័ត៌មានដែលបានប្រមូល ដោយដើម្បីជួយខ្ញុំឬអ្នកដែលបានចុះឈ្មោះ។

ឈ្មោះបោះពុម្ព៖ _____ ហត្ថលេខា _____

អាស័យដ្ឋាន៖ _____

អ៊ីម៉ែល៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះក្នុងនាមអ្នកណាម្នាក់ សូមបង្ហាញឈ្មោះនិងទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក។

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____