

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|-------|--|---|--|--|---|
| កាលបរិច្ឆេទ: _____ | | លេខសម្គាល់គ្រួសារ: _____ | | អត្តសញ្ញាណបណ្ណសមាជិកគ្រួសារ: _____ | | | | | | |
| ផ្នែកទី 1. សមាជិកគ្រួសារ | | | | | | | | | | |
| នាមត្រកូល: | នាមខ្លួន: | អក្សរ ព្រំព្រឹក ព្រំព្រឹក ព្រំព្រឹក | ឈ្មោះចង់បាន: | ថ្ងៃខែឆ្នាំ កំណើត: | អាយុ: | | | | | |
| ធានារ៉ាប់រងសុខភាព តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនបានឆ្លើយ | | | | | | | | | | |
| ទូរសព្ទចម្បង: | | | អាយុដ្ឋានអ៊ីមែល: | | | | | | | |
| ទូរសព្ទលក់: | | | កំណត់សម្គាល់ពាក់ព័ន្ធនឹងទំនាក់ទំនង: | | | | | | | |
| តើបច្ចុប្បន្នអ្នកកំពុងរៀននៅសាលា? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើ បាទ/ចាស សូមប្រាប់ឈ្មោះសាលាដែលកំពុងចូលរៀន: _____ | | | | | | | | | | |
| តើបច្ចុប្បន្នអ្នកមានអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រដូចម្តេច? <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> មិនមែនទាំងពីរ <input type="checkbox"/> ស្រីផងប្រុសផង <input type="checkbox"/> ខ្ញុំកំពុងសួរ/មិនប្រាកដ <input type="checkbox"/> មិនចង់ឆ្លើយ | | តើអ្នកចង់បង្ហាញសព្វនាមដែលអ្នកចង់ឱ្យគេហៅដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> នាង / របស់នាង គាត់ / <input type="checkbox"/> របស់គាត់ ពួកគេ / <input type="checkbox"/> របស់ពួកគេ <input type="checkbox"/> Ze / zir / zirs <input type="checkbox"/> អ្វីផ្សេងទៀត: _____ | | សេវាដែលត្រូវការ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | | | | | |
| កាលបរិច្ឆេទទំនាក់ទំនងដំបូង _____ | | | អាយុកាលបរិច្ឆេទទំនាក់ទំនងដំបូង: _____ | | | | | | | |
| ទំនាក់ទំនងទីមួយ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | | ទំនាក់ទំនងទីពីរ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | | | | | | |
| តើអោយដ្ឋានរបស់សមាជិកគ្រួសារនេះខុសពីគ្រួសារឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានអោយដ្ឋានខាងក្រោម។ | | | | | | | | | | |
| ផ្លូវ: | | | ក្រុង: | | | | | | | |
| ផ្លូវ 2: | | | រដ្ឋ: | | | | | | | |
| ស្ថានភាពសមាជិកគ្រួសារ: តើអ្នកមានកូនាទីចម្បងអ្វីនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ/គ្រួសាររបស់អ្នក? | | | | | | | | | | |
| <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> កូន/យុវជនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> កូនស្រីចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> កូនប្រុសចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ម្តាយមីង <input type="checkbox"/> កូនស្រីបង្កើត <input type="checkbox"/> កូនប្រុសបង្កើត <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយបង្កើត <input type="checkbox"/> មិត្តប្រុស/មិត្តស្រី <input type="checkbox"/> បង/ប្អូនប្រុស </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> កុមារ/យុវជន <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយរួម <input type="checkbox"/> បងប្អូនជីដូនមួយ <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> អតីតស្វាមី <input type="checkbox"/> អតីតភរិយា <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិរបស់គ្រួសារ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> កុមារ/យុវជនចិញ្ចឹម </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ជីដូន <input type="checkbox"/> ប្រពន្ធស្រី <input type="checkbox"/> កូនស្រីជីដូនមួយ <input type="checkbox"/> បងប្អូនឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> ទីទេ <input type="checkbox"/> ស្វាមី <input type="checkbox"/> អ្នកថែទាំសាច់ញាតិ </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្រប <input type="checkbox"/> ច្បាប់ <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ម្តាយក្មេក <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> ដៃគូ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> បងប្អូន <input type="checkbox"/> បងប្អូនស្រី <input type="checkbox"/> កូនប្រុស </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> កូនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> យាយភាគចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> បងប្អូនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយផ្សេង (អាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ) <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> ឪពុកមា <input type="checkbox"/> ភរិយា <input type="checkbox"/> មានអ្វីផ្សេងទៀត? _____ </td> </tr> </table> | | | | | | <input type="checkbox"/> កូន/យុវជនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> កូនស្រីចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> កូនប្រុសចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ម្តាយមីង <input type="checkbox"/> កូនស្រីបង្កើត <input type="checkbox"/> កូនប្រុសបង្កើត <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយបង្កើត <input type="checkbox"/> មិត្តប្រុស/មិត្តស្រី <input type="checkbox"/> បង/ប្អូនប្រុស | <input type="checkbox"/> កុមារ/យុវជន <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយរួម <input type="checkbox"/> បងប្អូនជីដូនមួយ <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> អតីតស្វាមី <input type="checkbox"/> អតីតភរិយា <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិរបស់គ្រួសារ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> កុមារ/យុវជនចិញ្ចឹម | <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ជីដូន <input type="checkbox"/> ប្រពន្ធស្រី <input type="checkbox"/> កូនស្រីជីដូនមួយ <input type="checkbox"/> បងប្អូនឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> ទីទេ <input type="checkbox"/> ស្វាមី <input type="checkbox"/> អ្នកថែទាំសាច់ញាតិ | <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្រប <input type="checkbox"/> ច្បាប់ <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ម្តាយក្មេក <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> ដៃគូ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> បងប្អូន <input type="checkbox"/> បងប្អូនស្រី <input type="checkbox"/> កូនប្រុស | <input type="checkbox"/> កូនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> យាយភាគចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> បងប្អូនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយផ្សេង (អាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ) <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> ឪពុកមា <input type="checkbox"/> ភរិយា <input type="checkbox"/> មានអ្វីផ្សេងទៀត? _____ |
| <input type="checkbox"/> កូន/យុវជនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> កូនស្រីចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> កូនប្រុសចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ម្តាយមីង <input type="checkbox"/> កូនស្រីបង្កើត <input type="checkbox"/> កូនប្រុសបង្កើត <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយបង្កើត <input type="checkbox"/> មិត្តប្រុស/មិត្តស្រី <input type="checkbox"/> បង/ប្អូនប្រុស | <input type="checkbox"/> កុមារ/យុវជន <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយរួម <input type="checkbox"/> បងប្អូនជីដូនមួយ <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> អតីតស្វាមី <input type="checkbox"/> អតីតភរិយា <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិរបស់គ្រួសារ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> កុមារ/យុវជនចិញ្ចឹម | <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ជីដូន <input type="checkbox"/> ប្រពន្ធស្រី <input type="checkbox"/> កូនស្រីជីដូនមួយ <input type="checkbox"/> បងប្អូនឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> ទីទេ <input type="checkbox"/> ស្វាមី <input type="checkbox"/> អ្នកថែទាំសាច់ញាតិ | <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្រប <input type="checkbox"/> ច្បាប់ <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ម្តាយក្មេក <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> ដៃគូ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> បងប្អូន <input type="checkbox"/> បងប្អូនស្រី <input type="checkbox"/> កូនប្រុស | <input type="checkbox"/> កូនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> យាយភាគចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> បងប្អូនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយផ្សេង (អាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ) <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> ឪពុកមា <input type="checkbox"/> ភរិយា <input type="checkbox"/> មានអ្វីផ្សេងទៀត? _____ | | | | | | |
| ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ | | | | | | | | | | |
| <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> នៅសិន <input type="checkbox"/> ម៉េម៉ាយ/ពោះម៉ាយ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> រៀបការ រួច <input type="checkbox"/> មាន ដៃគូ <input type="checkbox"/> លែងលះ </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ </td> </tr> </table> | | | | | | <input type="checkbox"/> នៅសិន <input type="checkbox"/> ម៉េម៉ាយ/ពោះម៉ាយ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា | <input type="checkbox"/> រៀបការ រួច <input type="checkbox"/> មាន ដៃគូ <input type="checkbox"/> លែងលះ | <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | | |
| <input type="checkbox"/> នៅសិន <input type="checkbox"/> ម៉េម៉ាយ/ពោះម៉ាយ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា | <input type="checkbox"/> រៀបការ រួច <input type="checkbox"/> មាន ដៃគូ <input type="checkbox"/> លែងលះ | <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | | | | | | | | |
| ជនជាតិ និង/ឬជាតិពន្ធុ | | | | | | | | | | |
| <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> តើសមាជិកគ្រួសារមានជាតិពន្ធុអ្វី? (សូមគូសជីកគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ) <input type="checkbox"/> ទេ មិនមែនជាជនជាតិអេស្ប៉ាញទេ។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ម៉ិកស៊ិក អាមេរិកាំងដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក ឈីកាណូ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ព័រតូរិកា <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជាជនជាតិកុយបា <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជាជនជាតិប្រេស៊ីល </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស មានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ ឬអេស្ប៉ាញ៖ សរសេរជាភាសាដើម ឧទាហរណ៍ អាហ្សង់ទីន កូឡុំប៊ី ដូមីនីកេន នីការ៉ាហ្គូន សាលវ៉ាដា អេស្ប៉ាញ ជាដើម៖ <input type="checkbox"/> មិនបានឆ្លើយ </td> </tr> </table> | | | | | | តើសមាជិកគ្រួសារមានជាតិពន្ធុអ្វី? (សូមគូសជីកគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ) <input type="checkbox"/> ទេ មិនមែនជាជនជាតិអេស្ប៉ាញទេ។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ម៉ិកស៊ិក អាមេរិកាំងដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក ឈីកាណូ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ព័រតូរិកា <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជាជនជាតិកុយបា <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជាជនជាតិប្រេស៊ីល | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស មានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ ឬអេស្ប៉ាញ៖ សរសេរជាភាសាដើម ឧទាហរណ៍ អាហ្សង់ទីន កូឡុំប៊ី ដូមីនីកេន នីការ៉ាហ្គូន សាលវ៉ាដា អេស្ប៉ាញ ជាដើម៖ <input type="checkbox"/> មិនបានឆ្លើយ | | | |
| តើសមាជិកគ្រួសារមានជាតិពន្ធុអ្វី? (សូមគូសជីកគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ) <input type="checkbox"/> ទេ មិនមែនជាជនជាតិអេស្ប៉ាញទេ។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ម៉ិកស៊ិក អាមេរិកាំងដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក ឈីកាណូ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ព័រតូរិកា <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជាជនជាតិកុយបា <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជាជនជាតិប្រេស៊ីល | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស មានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ ឬអេស្ប៉ាញ៖ សរសេរជាភាសាដើម ឧទាហរណ៍ អាហ្សង់ទីន កូឡុំប៊ី ដូមីនីកេន នីការ៉ាហ្គូន សាលវ៉ាដា អេស្ប៉ាញ ជាដើម៖ <input type="checkbox"/> មិនបានឆ្លើយ | | | | | | | | | |

តើសមាជិកគ្រួសារគឺជាពូជសាសន៍អ្វី? (សូមគូសជើងគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ) ☐ មិនបានឆ្លើយ

☐ ជនជាតិស្បែកស
☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ/អាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
☐ ជនជាតិគណ្តាអាមេរិកាំង ឬអាឡាស្កា: សូមសរសេរឈ្មោះកូលសម្ព័ន្ធដែលចុះឈ្មោះ ឬចម្បងៗ _____
☐ គណ្តាអាស៊ី ☐ ជប៉ុន ☐ ជនជាតិដើមហៃ ☐ ចិន ☐ កូរ៉េ
☐ ហ្គាម៉ានី ឬ ប៉ាម៉ូ ☐ ហ្វីលីពីន ☐ សាម៉ា ☐ វៀតណាម
☐ ពលរដ្ឋកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត: សូមសរសេរជាពូជសាសន៍ ឧទាហរណ៍ ហ្វីជី កុងហ្គូ ជាដើម _____
☐ ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត: សូមសរសេរជាពូជសាសន៍ ឧទាហរណ៍ ជនជាតិ ម៉ុង ឡាវ ថៃ ប៉ាគីស្ថាន កម្ពុជា ជាដើម _____
☐ សូមប្រាប់ខ្ញុំជាក្បួនម្ចីរបស់អ្នកផ្ទាល់: សូមសរសេរជាពូជសាសន៍ _____

ភាសាទីមួយ និងទីពីរ (សូមកំណត់ភាសាដែលចង់បាន (ទី 1) និងភាសាបន្ទាប់ (ទី 2) (ប្រសិនបើមាន) និងវាយតម្លៃភាសាទី 1 ឬទី 2)

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស | <input type="checkbox"/> ព័រទុយហ្គាល់ប្រេស៊ីល | <input type="checkbox"/> ក្រេអូលហៃទី | <input type="checkbox"/> ប៉ាស្ទូ |
| <input type="checkbox"/> គ្រាមភាសាអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> គ្រាមភាសាភូមា | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> ព័រទុយហ្គាល់ |
| <input type="checkbox"/> ភាសាសញ្ញាអាមេរិក | <input type="checkbox"/> កាតាំង | <input type="checkbox"/> អ៊ីតាលី | <input type="checkbox"/> រុស្ស៊ី |
| <input type="checkbox"/> អាំហារិក | <input type="checkbox"/> Cape Verdean Creole | <input type="checkbox"/> ខ្មែរ/កម្ពុជា | <input type="checkbox"/> ភាសាអេស្ប៉ាញ |
| <input type="checkbox"/> ភាសាអារ៉ាប់ | <input type="checkbox"/> Dari | <input type="checkbox"/> ចិនកុកដី | <input type="checkbox"/> វៀតណាម |
| <input type="checkbox"/> អាមេនី | <input type="checkbox"/> បារាំង | <input type="checkbox"/> ម៉ុលដូវ៉ាន | <input type="checkbox"/> មិនស្គាល់ |
| | | | <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត: _____ |

ការបម្រើកងទ័ព សេវា ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនបានឆ្លើយ

ប្រភេទសេវា: ☐ សកម្ម ☐ ផ្លាស់ទី ☐ បម្រុង ☐ អតីតយុទ្ធជន កាលបរិច្ឆេទដាក់ពង្រាយចុងក្រោយ: _____

ផ្នែកទី 2. សំណួរទាក់ទងនឹង CRA: តើអ្នកនៅទីនេះដោយសារតែកូនរបស់អ្នកជា CRA ឬក៏ពុំពេលប្រឈមក្លាយជា CRA ឬ?

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ពាក្យស្នើសុំ CRA ត្រូវបានដាក់សម្រាប់កុមារនេះ។ <input type="checkbox"/> កុមារនេះបំពេញតាមការណែនាំស្តីពី CRA កំពុងប្រឈមហានិភ័យ។ <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ (មិនមែនជា CRA និងមិនប្រឈមហានិភ័យ)។ | ពាក្យសុំត្រូវបានដាក់ដោយ: <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> សាលា <input type="checkbox"/> DCF | <input type="checkbox"/> មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ (SEC តែប៉ុណ្ណោះ) <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត: _____ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |
|--|--|--|

ផ្នែកទី 3. មូលហេតុនៃការមកជួប ហេតុអ្វីបានអ្នកមកទីនេះ នៅថ្ងៃនេះ?

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ការស្វែងរកព័ត៌មានស្តីពីការថែទាំកូន/ការអប់រំអំពីការថែទាំកូន <input type="checkbox"/> បញ្ហាសាលា / ព័ត៌មានសាលា <input type="checkbox"/> ព័ត៌មានអំពីការថែទាំកុមារ <input type="checkbox"/> ព័ត៌មានក្រៅម៉ោងសិក្សា <input type="checkbox"/> ការព្រួយបារម្ភអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុ <input type="checkbox"/> ការព្រួយបារម្ភអំពីសុខភាព / សុខភាពផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> ការលំបាកក្នុងគ្រួសារ / បញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ <input type="checkbox"/> លំនៅដ្ឋាន / ជួលផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការដឹកជញ្ជូន <input type="checkbox"/> បញ្ហាការងារ <input type="checkbox"/> ក្រុមគាំទ្រ | <input type="checkbox"/> ការអភិវឌ្ឍន៍កុមារ / អន្តរាគមន៍ទាន់ពេលវេលា <input type="checkbox"/> ក្រុមលេង <input type="checkbox"/> LGBTQIA+ ការគាំទ្រ <input type="checkbox"/> ការអប់រំបន្តសម្រាប់អ្នកថែទាំ <input type="checkbox"/> បញ្ហាអន្តោប្រវេសន៍/ផ្លូវច្បាប់ <input type="checkbox"/> សេវាអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ <input type="checkbox"/> ការចូលរួម / ការគាំទ្ររបស់ DCF <input type="checkbox"/> គ្រួសារដែលផ្លាស់ទីនៅដោយសារគ្រោះធម្មជាតិ <input type="checkbox"/> អាហារ/អាហារូបត្ថម្ភ <input type="checkbox"/> ពាក្យស្នើសុំ SNAP / ជំនួយអត្ថប្រយោជន៍ <input type="checkbox"/> សកម្មភាពយុវវ័យ/ក្មេងជំនឿ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត: _____ |
|--|--|

ផ្នែកទី 4. ការចាត់ចែង សម្រាប់ប្រើក្នុងការិយាល័យ

| សេចក្តីប្រកាសជូន: | កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់: | ឈ្មោះកុមារ/យុវជន |
|---|----------------------|---|
| សេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានដែលបានចុះហត្ថលេខា: <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | <input type="checkbox"/> ការយល់ទាំងស្រុង <input type="checkbox"/> ខ្លះៗ <input type="checkbox"/> ត្រូវបានបដិសេធ |
| សេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានដែលបានចុះហត្ថលេខា: <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | <input type="checkbox"/> ការយល់ទាំងស្រុង <input type="checkbox"/> ខ្លះៗ <input type="checkbox"/> ត្រូវបានបដិសេធ |
| សេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានដែលបានចុះហត្ថលេខា: <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | <input type="checkbox"/> ការយល់ទាំងស្រុង <input type="checkbox"/> ខ្លះៗ <input type="checkbox"/> ត្រូវបានបដិសេធ |
| សេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានដែលបានចុះហត្ថលេខា: <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | <input type="checkbox"/> ការយល់ទាំងស្រុង <input type="checkbox"/> ខ្លះៗ <input type="checkbox"/> ត្រូវបានបដិសេធ |
| សេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានដែលបានចុះហត្ថលេខា: <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | <input type="checkbox"/> ការយល់ទាំងស្រុង <input type="checkbox"/> ខ្លះៗ <input type="checkbox"/> ត្រូវបានបដិសេធ |

កំណត់សម្គាល់: