



**LBUSD Family Resource Centers (FRC)
Referral Form 2020 – 2021**

**មជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារក្រសួងអប់រំឡងប៊ិច (FRC)
ក្រដាសបញ្ជូនទទួលសេវាកម្ម**

មជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារ (FRC) ពុំមានផ្តល់សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ។ បើអ្នកមានស្ថានភាពអាសន្ន សូមនិយាយជាមួយមនុស្សពេញវ័យដែលអ្នកទុកចិត្ត ឬទូរស័ព្ទ 911 ។

សូមគូសរើសចម្លើយមួយណាខាងក្រោមដែលសម្រប - បុគ្គលដែលបំពេញក្រដាសនេះ:

_____ ខ្ញុំជាមាតាបិតា / អាណាព្យាបាល

_____ ខ្ញុំជាសិស្ស



**LBUSD Family Resource Centers (FRC)
Referral Form 2020 – 2021**

**មជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារក្រសួងអប់រំឡងប៊ិច (FRC)
ក្រដាសបញ្ជូនទទួលសេវាកម្ម**

ការបញ្ជូនសម្រាប់ទទួលសេវាកម្ម មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល

ភស្តុតាងនៃការធានាសុខភាពមិនចាំទេសម្រាប់ទទួលសេវាកម្មមជ្ឈមណ្ឌល FRC

<p>តើសិស្សស្ថិតក្នុងស្ថានភាពគ្រោះថ្នាក់ឬហានិភ័យធ្វើបាបខ្លួនឯងឬអ្នកដទៃទេ?</p>	<p>_____ បាទ/ចាស *** បើអញ្ជឹងមែន សូមទាក់ទង ក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្តស្រុកឡងប៊ិច ឬអ៊ិនធើលេស LA County DMH Access នៅលេខទូរស័ព្ទ (800)854-7771 ឬអង្គការបង្ការការធ្វើអត្តឃាត Suicide Prevention Hotline នៅលេខទូរស័ព្ទ (800) 273-8255 ***</p> <p>_____ អត់ទេ</p>
<p>នាមខ្លួននិងនាមត្រកូលមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល :</p>	
<p>លេខទូរស័ព្ទមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល:</p>	
<p>អ៊ីមែលមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល:</p>	
<p>ពេលវេលាដែលប្រសើរជាងគេសម្រាប់ធ្វើការទាក់ទងជាមួយលោកអ្នក:</p>	<p>_____ ពេលព្រឹក _____ ពេលរសៀល _____ ពេលល្ងាច មុនម៉ោង៦ល្ងាច</p>
<p>ភាសាចូលចិត្តប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ:</p>	
<p>នាមខ្លួននិងនាមត្រកូលរបស់សិស្ស:</p>	
<p>ថ្ងៃកំណើតរបស់សិស្ស:</p>	
<p>ឈ្មោះសាលារៀននិងកំរិតថ្នាក់:</p>	



LBUSD Family Resource Centers (FRC)

Referral Form 2020 – 2021

មជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារក្រសួងអប់រំឡងប៊ិច (FRC)

ក្រដាសបញ្ជូនទទួលសេវាកម្ម

<p>សិស្សកំពុងស្នាក់នៅជាមួយ:</p>	<p>_____ មាតាបិតា</p> <p>_____ អាណាព្យាបាល</p> <p>_____ អ្នកដទៃ:</p>
<p>តើសិស្សមានបានទទួលសេវាកម្មណាមួយដែលមានរាយ នៅខាងស្តាំដែរឬទេ? សូមគូសរឿងសេវាកម្មទាំងអស់ ដែលសិស្សបានទទួល។</p>	<p>_____ កម្មវិធីអប់រំផ្ទាល់ខ្លួន (IEP)</p> <p>_____ ផែនការអប់រំ 504 Plan</p> <p>_____ អ្នករៀនភាសាអង់គ្លេស (ELL)</p> <p>_____ ស្នាក់នៅមណ្ឌលចិញ្ចឹមកុមារ Foster Youth</p> <p>_____ គ្មានទីលំនៅ</p> <p>_____ ការដោះលែងបណ្តោះអាសន្ន</p> <p>_____ ផ្សេងទៀត:</p>
<p>តើអ្វីជាសេចក្តីបារម្ភណាមួយដែលជាងគេរបស់អ្នក?</p>	
<p>ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់បុគ្គលិកនៅមជ្ឈមណ្ឌលធនធាន គ្រួសារឱ្យទាក់ទងខ្ញុំដើម្បីដាក់ពេលណាត់ជួបលើកដំបូង</p>	<p>_____ បាទ/ចាស</p>



LBUSD Family Resource Centers (FRC)

Referral Form 2020 – 2021

មជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារក្រសួងអប់រំឡងប៊ិច (FRC)

ក្រដាសបញ្ជូនទទួលសេវាកម្ម

ការបញ្ជូនសម្រាប់ទទួលសេវា សិស្ស

ភស្តុតាងនៃការធានាសុខភាពមិនចាំទេសម្រាប់ទទួលសេវាកម្មមជ្ឈមណ្ឌល FRC

នាមខ្លួននិងនាមត្រកូលរបស់សិស្ស:	
ថ្ងៃកំណើតរបស់សិស្ស:	
ឈ្មោះសាលារៀននិងកំរិតថ្នាក់:	
អាយុ:	
ភាសាចូលចិត្តប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ:	
សិស្សកំពុងស្នាក់នៅជាមួយ:	<input type="checkbox"/> មាតាបិតា <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> អ្នកដទៃ:
លេខទូរស័ព្ទរបស់សិស្ស:	
អ៊ីមែលរបស់សិស្ស:	
ពេលវេលាដែលប្រសើរជាងគេសម្រាប់ធ្វើការទាក់ទង ជាមួយអ្នក:	<input type="checkbox"/> ពេលព្រឹក <input type="checkbox"/> ពេលរសៀល <input type="checkbox"/> ពេលល្ងាច មុនម៉ោង៦ល្ងាច
នាមខ្លួននិងនាមត្រកូលមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល :	
លេខទូរស័ព្ទមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល:	



**LBUSD Family Resource Centers (FRC)
Referral Form 2020 – 2021**

**មជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារក្រសួងអប់រំឡងប៊ិច (FRC)
ក្រដាសបញ្ជូនទទួលសេវាកម្ម**

<p>បើអ្នកអាយុ១២ឆ្នាំឬច្រើនជាង តើយើងអាចទាក់ទងមាតា បិតា/អាណាព្យាបាលបានទេ?</p>	<p>_____ បាន _____ ទេ</p>
<p>តើអ្វីជាសេចក្តីបារម្ភធំៗដែលជាងគេរបស់អ្នក?</p>	
<p>ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់បុគ្គលិកនៅមជ្ឈមណ្ឌលធនធាន គ្រួសារឱ្យទាក់ទងខ្ញុំដើម្បីដាក់ពេលណាត់ជួបលើកដំបូង</p>	<p>_____ បាទ/ចាស</p>