



LOS ANGELES COUNTY

Aging & Disabilities Department

ការស្ទង់មតិផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសេវាកម្មជនពិការនៃ Los Angeles County

នាយកដ្ឋានវ័យចំណាស់ និងពិការភាពខោនធី Los Angeles មានកិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាមួយនឹងគណៈកម្មាធិការខោនធី Los Angeles ស្តីពីពិការភាព (LACCOD) និង ក្រុមប្រឹក្សាសាធារណៈ (PCG) ដើម្បីបង្កើតការស្ទង់មតិនេះ ដោយមាន PCG ជាអ្នកគ្រប់គ្រងការស្ទង់មតិ។

ការស្ទង់មតិនេះគឺអំពីឱកាស គម្លាត និងតម្រូវការសម្រាប់សេវាកម្មពិការភាព នៅក្នុងតំបន់ Los Angeles ។ លទ្ធផលស្ទង់មតិនេះនឹងណែនាំដល់ការអភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្ត្រស្តីពីសេវាពិការភាពរបស់នាយកដ្ឋានវ័យចំណាស់ និងពិការភាពខោនធី Los Angeles ។ ការធ្វើបែបនេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបង្កើតផែនទីបង្ហាញផ្លូវរយៈពេល 5 ឆ្នាំ ដើម្បីពង្រីក និងកែលម្អសេវាកម្ម (ទាក់ទងនឹងមូលនិធិដែលអាចរកបាន) សម្រាប់បុគ្គលដែលមានពិការភាពនៅក្នុងតំបន់ Los Angeles ។

សូមអរគុណចំពោះការចំណាយពេលឆ្លើយតបទៅនឹងការស្ទង់មតិរបស់យើងខ្ញុំ។ យើងចង់ដឹងអំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នកជាមួយសេវាកម្ម និងកម្មវិធីដែលទ្រទ្រង់ដល់មនុស្សដែលមានពិការភាព។ ការស្ទង់មតិនេះនឹងចំណាយពេលប្រហែល 15 នាទីដើម្បីបញ្ចប់។ ចម្លើយរបស់អ្នកគឺជាការសម្ងាត់

ហើយនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រស្តីពីវិធានការណ៍ និងពិការភាព។

គ្មានការចែករំលែកអំពីព័ត៌មានដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណឡើយ។ សំណួរខ្លះអាចធ្វើឱ្យរងការរមួលខ្លាំង។ ប្រសិនបើអ្នកចង់រំលងសំណួរនៅពេលណាមួយ សូមរំលង។

អ្នកក៏អាចត្រឡប់មកការស្ទង់មតិនេះនៅពេលក្រោយ ដើម្បីបំពេញវានៅពេលណាក៏បាន។

ប្រសិនបើអ្នកស្គាល់នរណាម្នាក់ដែលអ្នកគិតថានឹងចាប់អារម្មណ៍ក្នុងការបំពេញការស្ទង់មតិនេះ (បុគ្គលដែលមានពិការភាព

គ្រួសាររបស់ពួកគេ ឬអ្នកថែទាំ)

សូមផ្ញើទៅកាន់ពួកគេតាមតំណខាងក្រោម។

<https://s.alchemer.com/s3/LA-County-Disabilities-Strategic-Plan>

អ្នកឆ្លើយសំណួរអាចប្រើមិនយូរម្នាក់ចុះនៅជ្រុងខាងស្តាំខាងលើនៃអេក្រង់ ដើម្បីជ្រើសរើសភាសាដែលពួកគេចូលចិត្ត។ ការស្ទង់មតិមាន 14 ភាសាដូចខាងក្រោម៖

- អង់គ្លេស
- អាវ៉ាប់
- អាមេនី
- ភាសាចិន (សាមញ្ញ)
- ហ្វីលីពីន
- ហិណ្ឌូ
- ជប៉ុន
- ខ្មែរ
- កូរ៉េ
- រុស្ស៊ី

- អេស្ប៉ាញ
- តាកាឡុក
- ថៃ
- វៀតណាម

អ្នកក៏អាចទាញយកការស្ទង់មតិ
និងចែករំលែកជាមួយអ្នកដទៃបានផងដែរ។
តំណភ្ជាប់ដើម្បីទាញយកការស្ទង់មតិមាននៅទីនេះ ។ អ្នកអាចបំពេញ
រួចផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖
នាយកដ្ឋានវ័យចំណាស់ និងពិការភាព

Aging & Disabilities Department

Attention Guillermo Medina
510 South Vermont Ave, 11th Floor
Los Angeles, California 90020
info@ad.lacounty.gov

**យើងចង់ឮពីអ្នកទាំងអស់គ្នា! ការស្ទង់មតិនឹងមានរហូតដល់ថ្ងៃទី 21
ខែសីហា ឆ្នាំ 2025 ប៉ុណ្ណោះ។**

**ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្ម និងជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅកាន់បណ្តាញ
ទាន់ហេតុការណ៍ របស់ភ្នាក់ងារតំបន់ស្តីពីព័ត៌មានវ័យចំណាស់
និងជំនួយតាមលេខ (800) 510-2020 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង
8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។
លេខទូរសព្ទនេះអាចហៅចូលបានសម្រាប់តែសេវាកម្ម
និងជំនួយប៉ុណ្ណោះ។**

**សំណួរទាក់ទងនឹងការស្ទង់មតិនេះនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅក្រុមការងារ
ផ្នែកស្ទង់មតិ PCG តាម LACoDisabilitySurvey@pcgus.com ។**

**1) តើអ្នកកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះដោយខ្លួនឯង
ឬក្នុងនាមអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានពិការភាព?**

[] ខ្ញុំមានពិការភាព ហើយកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះដោយខ្លួនឯង។

[] ខ្ញុំកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះក្នុងនាមអ្នកផ្សេង។
ខ្ញុំជាសមាជិកគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

[] ខ្ញុំកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះក្នុងនាមអ្នកផ្សេង។
ខ្ញុំជាអ្នកមើលថែពួកគេ។

[] ខ្ញុំកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះក្នុងនាមអ្នកផ្សេង។
ខ្ញុំជាមិត្តរបស់ពួកគេ។

[] ខ្ញុំកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះក្នុងនាមអ្នកផ្សេង។
ខ្ញុំជាមេធាវីរបស់ពួកគេ។

[] ខ្ញុំកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះក្នុងនាមអ្នកផ្សេង។
ទំនាក់ទំនងរបស់ខ្ញុំជាមួយពួកគេមិនត្រូវបានរាយបញ្ជីខាងលើទេ។

អំពីអ្នក

**សូមអរគុណ។ សម្រាប់ការនៅសល់នៃការស្ទង់មតិនេះ
សូមឆ្លើយដូចជាអ្នកជាជនពិការផ្ទាល់ដែលអ្នកកំពុងឆ្លើយជំនួស។
ព្យាយាមគិតអំពីអ្វីដែលពួកគេនឹងឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ។**

2) តើអ្នកមានអាយុប៉ុន្មាន??

- ☐ 0-17
- ☐ 18-34
- ☐ 35 - 59
- ☐ 60-64
- ☐ 65 - 74
- ☐ 75 - 84
- ☐ 85+

3) សូមជ្រើសរើសចំណុចទាំងអស់ដែលពិតអំពីខ្លួនអ្នក៖

- ☐ ខ្ញុំជាបុគ្គលដែលមានពិការភាពផ្នែករាងកាយ ឬការចល័ត
- ☐ ខ្ញុំជាជនពិការការមើលឃើញ (ឧ៖ ពិការភ្នែក ការមើលឃើញកម្រិតទាប)
- ☐ ខ្ញុំជាជនពិការការស្តាប់ (ឧ៖ ផ្លូវ ពិបាកស្តាប់)
- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សដែលមានពិការភាពផ្នែកបញ្ញា ឬការអភិវឌ្ឍ (ឧ៖ អូទីស្ស៊ីម ដោនស៊ីនដ្រេម)
- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សដែលមានពិការភាពក្នុងការយល់ដឹង ឬការសិក្សា (ឧ៖ ជំងឺ ADHD ជំងឺពិបាកអាន)
- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សដែលមានសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬស្ថានភាពផ្លូវអារម្មណ៍
- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សដែលមានលក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬជំងឺដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព (ឧ៖ ទឹកនោមផ្អែម រលាកសន្លាក់ ជំងឺបេះដូង មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍)
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺសរសៃប្រសាទ (ឧ៖ ជំងឺក្រិនច្រើនប្រភេទ ជំងឺជាកយិនសុន ជំងឺឆ្អួតជ្រូក)
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថាមានការប៉ះទង្គិចខួរក្បាល

- [] ខ្ញុំត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានរបួសខួរក្បាល (TBI)
 - [] ខ្ញុំត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថាមានជំងឺភ្លេចភ្លាំង ជំងឺរង្វេង ឬ លក្ខខណ្ឌទាក់ទងនឹងការចងចាំផ្សេងទៀត។
 - [] ខ្ញុំកំណត់អត្តសញ្ញាណជាជនដែលមានពិការភាព ដែលមិនដូចតាមការរៀបរាប់ខាងលើ។
 - [] គ្មានចំណុចដែលជាការពិតអំពីខ្ញុំទេ។ (ការរុករក៖ ប្រសិនបើចម្លើយនេះត្រូវបានជ្រើសរើស សូមចូលទៅកាន់ទំព័រ សូមអរគុណ)
-

ឧបសគ្គ

4) ដោយសារពិការភាពរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំបានជួបប្រទះឧបសគ្គដូចខាងក្រោមនេះ៖
នៅពេលព្យាយាមចូលរួមយ៉ាងពេញលេញនៅក្នុងសហគមន៍របស់ខ្ញុំ
ទទួលបានសេវាដែលត្រូវការ ឬរក្សាឯករាជ្យភាពរបស់ខ្ញុំ។
សូមជ្រើសរើសចំណុចទាំងអស់ដែលអនុវត្ត៖

- [] ឧបសគ្គរាងកាយ (ឧ៖ អគារដែលមិនអាចចូលបាន ចិញ្ចឹមផ្លូវ ផ្លូវជម្រាល ចំណតរថយន្ត បន្ទប់ទឹក)
- [] ឧបសគ្គក្នុងការដឹកជញ្ជូន (ឧ៖ ការធ្វើដំណើរ ការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈដែលមិនអាចទុកចិត្ត ការដឹកជញ្ជូនសម្រាប់ជនពិការមិនគ្រប់គ្រាន់ កង្វះយានជំនិះដែលអាចចូលប្រើបាន)
- [] ឧបសគ្គក្នុងការប្រាស្រ័យទាក់ទង (ឧ៖ កង្វះអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញា ចំណងជើង ឬសម្ភារទម្រង់ជំនួស)
- [] ឧបសគ្គផ្នែកបច្ចេកវិទ្យា (ឧ៖ គេហទំព័រ កម្មវិធី បញ្ជីដែលពិបាក ឬមិនអាចប្រើ)

- [] ឧបសគ្គក្នុងការចូលប្រើកម្មវិធី (ឧ៖ ដំណើរការកម្មវិធីស្តុកស្តុញ
ការវិភាគនិងសិទ្ធិទទួលបាន កង្វះកន្លែងស្នាក់នៅ)
- [] ឧបសគ្គខ្វះខាតនៅក្នុងកម្មវិធី (ឧ៖ កម្មវិធីដែលខ្ញុំត្រូវការមិនមាន
នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំទេ)
- [] ឧបសគ្គខាងអាកប្បកិរិយា (ឧ៖ ការរើសអើង កង្វះការយល់ដឹង
ឬការគោរពពីសមាជិកសហគមន៍ អ្នកផ្តល់សេវា ឬនាយកដ្ឋានខោនធី)
- [] កង្វះការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាពីការភាព
ឬបុគ្គលិកនាយកដ្ឋាន
- [] ឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (ឧ៖ លទ្ធភាពនៃសេវាកម្ម ឧបករណ៍
ឬការថែទាំគាំទ្រ)
- [] ភាពឯកោក្នុងសង្គម ឬកង្វះបណ្តាញគាំទ្រសង្គម
- [] ឧបសគ្គផ្សេងទៀតដែលមិនបានរាយបញ្ជីខាងលើ

សុខុមាលភាពទូទៅ

**សូមអរគុណ។ សំណួរខាងក្រោមសាកសួរបន្ថែមបន្តិចអំពីសុខុមាលភាព
និងសុខភាពទូទៅរបស់អ្នក។ តើអ្នកយល់ស្របយ៉ាងណាចំពោះប្រយោគ
ខាងក្រោម៖**

**ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះជំនួសអ្នកដទៃ
សូមកុំភ្លេចឆ្លើយក្នុងសភាពដូចអ្នកជាជនពិការដែលអ្នកកំពុងឆ្លើយជំ
នួស។ សូមព្យាយាមគិតពីរបៀបដែលពួកគេឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ។**

5) តើចំណោមខាងក្រោមនេះ ចំណុចមួយណាបំផុតដែលពិពណ៌នាអំពីលទ្ធភាពទទួលបានការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក? សូមជ្រើសរើសទាំងអស់បើមាន។

[] មិនមានវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំទេ។

[] ទីតាំងថែទាំសុខភាពមិនអាចចូលប្រើបាន ឬពិបាកទៅដល់

[] ទីតាំងថែទាំសុខភាពមិនអាចចូលប្រើបានទេ
នៅពេលដែលខ្ញុំនៅខាងក្នុង (ឧ៖ មិនអាចដាក់កៅអីរុញ
មិនអាចឡើងលើគ្រែពិនិត្យ
មិនមានឧបករណ៍ផ្ទេរលើកដើម្បីជួយផ្ទេរខ្ញុំបាន ។ល។)

[] ខ្ញុំមិនមានលទ្ធភាពទៅជួបគ្រូពេទ្យពេលខ្ញុំឈឺ

[] ខ្ញុំអាចទៅជួបគ្រូពេទ្យនៅពេលខ្ញុំត្រូវការ

តើអ្នកយល់ស្របយ៉ាងណាចំពោះប្រយោគខាងក្រោម៖

**6) ក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះ
ខ្ញុំមានប្រាក់គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់ខ្ញុំ។**

() មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

() មិនយល់ស្រប

() មិនមែនយល់ស្រប ហើយក៏មិនមែនមិនយល់ស្រប

() យល់ស្រប

() យល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

7)

ខ្ញុំពេញចិត្តនឹងសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការធ្វើកិច្ចការដែលខ្ញុំត្រូវធ្វើជាដៀងរាល់ថ្ងៃ។ ឧទាហរណ៍ បង់វិក្កយបត្រ ទិញគ្រឿងទេស ចម្អិនអាហារ សម្អាតផ្ទះ។ល។

- () មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
- () មិនយល់ស្រប
- () មិនមែនយល់ស្រប ហើយក៏មិនមែនមិនយល់ស្រប
- () យល់ស្រប
- () យល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

8) តើអ្នកអាចធ្វើការបានច្រើនតាមដែលអ្នកចង់បានទេ?

- () បាទ/ចាស ខ្ញុំមានការងារធ្វើ ហើយខ្ញុំធ្វើការច្រើនតាមដែលខ្ញុំចង់បាន
- () ទេ ខ្ញុំមានការងារធ្វើ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនធ្វើការច្រើនតាមការចង់បានទេ
- () ទេ ខ្ញុំមិនមានការងារធ្វើ ហើយចង់មានការងារធ្វើ
- () ខ្ញុំចូលនិវត្តន៍ / បញ្ចប់ការងារ / មិនចង់ធ្វើការ

(ការរុករក៖ ប្រសិនបើចម្លើយគឺ “ទេ ខ្ញុំមានការងារធ្វើ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនធ្វើការច្រើនតាមដែលខ្ញុំចង់បាន” ឬ “ទេ ខ្ញុំមិនមានការងារធ្វើ ហើយចង់ក្លាយជា” សូមទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់ បើមិនដូច្នោះទេរំលងទៅសំណួរទី 11)

ការងារ

9) ហេតុអ្វីបានជាអ្នកមិនអាចធ្វើការបានច្រើនតាមដែលអ្នកចង់បាន?
សូមជ្រើសរើសហេតុផលទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក។

[] ឱកាសមិនគ្រប់គ្រាន់ (រំលងទៅសំណួរទី ១១)

[] ពិការភាពរបស់ខ្ញុំ ឬស្ថានភាពសុខភាពផ្សេងទៀត
ធ្វើឱ្យខ្ញុំពិបាកធ្វើការបន្ថែមទៀត (ទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់)

[] ការដឹកជញ្ជូនរបស់ខ្ញុំធ្វើឱ្យខ្ញុំពិបាកធ្វើការបន្ថែមទៀត
(ទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់)

[] ខ្ញុំត្រូវការការអប់រំ ការបណ្តុះបណ្តាល ឬវិញ្ញាបនប័ត្របន្ថែមទៀត
ដើម្បីទទួលបានការងារដែលខ្ញុំចង់បាន (ទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់)

[] ខ្ញុំត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរក និងរក្សាការងារ (រំលងទៅសំណួរទី ១១)

[] អ្វីផ្សេងទៀត (រំលងទៅសំណួរទី ១១)

ការងារ (បន្ត)

10) តើអ្នកដឹងពីកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកធនធានសម្រាប់ការងារ
ដូចជាក្រុមប្រឹក្សាកម្លាំងពលកម្ម ឬការស្តារនីតិសម្បទាវិជ្ជាជីវៈទេ?

() បាទ/ចាស ហើយខ្ញុំបានធ្វើការជាមួយក្រុមទាំងនេះពីមុនមក

() បាទ/ចាស

ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនទាន់បានធ្វើការជាមួយក្រុមទាំងនេះនៅឡើយទេ

() ទេ ប៉ុន្តែខ្ញុំដឹងថាមានធនធានដែលអាចរកបាន

() ទេ ខ្ញុំមិនដឹងថាធនធានមានទេ

លំនៅដ្ឋាន

តើអ្នកយល់ស្របយ៉ាងណាចំពោះប្រយោគខាងក្រោម៖

11) ញុំអាចមានលទ្ធភាពទូរទាត់ថ្លៃស្នាក់នៅដោយឯករាជ្យ (ជួល បញ្ចាំ វិធីទូទាត់ផ្សេងទៀត) រៀងរាល់ខែ។

- () មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
- () មិនយល់ស្រប
- () មិនមែនយល់ស្រប ហើយក៏មិនមែនមិនយល់ស្រប
- () យល់ស្រប
- () យល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

12) ខ្ញុំអាចស្វែងរកលំនៅដ្ឋានដែលអាចចូលបាននៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ។

- () មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
- () មិនយល់ស្រប
- () មិនមែនយល់ស្រប ហើយក៏មិនមែនមិនយល់ស្រប
- () យល់ស្រប
- () យល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

បរិស្ថាន

**13) តើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការធ្វើដំណើរ
ឬធ្វើដំណើរជុំវិញកន្លែងណាមួយខាងក្រោមនេះទេ?
សូមជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។**

- ☐ ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬសេវាថែទាំសុខភាព
- ☐ អ្នកផ្តល់សេវាសង្គម
- ☐ សកម្មភាពកម្សាន្ត
- ☐ ហាង និងកន្លែងអាជីវកម្ម
- ☐ កន្លែងធ្វើការ ឬចង់ធ្វើការ ឬស្ម័គ្រចិត្ត
- ☐ ភោជនីយដ្ឋាន
- ☐ ធនាគារ
- ☐ សណ្ឋាគារ
- ☐ ប្រភេទកន្លែងផ្សេងទៀត
- ☐ គ្មានទាំងនេះទេ

**14) តើអ្នកមានត្រូវទាក់ទងសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់
ដូចជាសេវាពន្លត់អគ្គិភ័យ ឬរថយន្តសង្គ្រោះកាលពីឆ្នាំមុនដែរឬទេ?**

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

(ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមចូលទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់ ប្រសិនបើទេ
សូមរំលងទៅសំណួរទី 16)

15) តើអ្នកបានទទួលសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់តាមដែលអ្នកត្រូវការទេ?

() បាទ/ចាស

() ទេ

16) តើអ្នកមានផែនការត្រៀមលក្ខណៈសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងករណីមានអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយ (ឧទាហរណ៍ ផែនការជម្លៀស ការទទួលបានគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ) ដែរឬទេ?

() បាទ/ចាស

() ទេ

17) តើអ្នកមានអ្នកទំនាក់ទំនងសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណក្នុងករណីមានអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយ (ឧ៖ សមាជិកគ្រួសារ មិត្តភក្តិ អ្នកថែទាំ) ដែរឬទេ?

() បាទ/ចាស

() ទេ

ការដឹកជញ្ជូន

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើការស្ទង់មតិនេះជំនួសអ្នកដទៃ
សូមកុំភ្លេចឆ្លើយក្នុងសភាពដូចអ្នកជាជនពិការដែលអ្នកកំពុងឆ្លើយជំនួស។ សូមព្យាយាមគិតពីរបៀបដែលពួកគេឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ។
តើអ្នកយល់ស្របយ៉ាងណាចំពោះប្រយោគខាងក្រោម៖

18) មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈអាចចូលប្រើបានចំពោះខ្ញុំ។

- ☐ មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
- ☐ មិនយល់ស្រប
- ☐ មិនមែនយល់ស្រប ហើយក៏មិនមែនមិនយល់ស្រប
- ☐ យល់ស្រប
- ☐ យល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

19) ការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈមានតម្លៃសមរម្យសម្រាប់ខ្ញុំ។

- ☐ មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
- ☐ មិនយល់ស្រប
- ☐ មិនមែនយល់ស្រប ហើយក៏មិនមែនមិនយល់ស្រប
- ☐ យល់ស្រប
- ☐ យល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

**20) តើអ្នកធ្វើដំណើរជុំវិញ Los Angeles យ៉ាងដូចម្តេច?
សូមជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។**

- ☐ ដើរ រត់ ឬជួសទីខ្លួនឯង
- ☐ ជិះកង់
- ☐ ឡានឯកជនដែលអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកស្គាល់ជាម្ចាស់
- ☐ ការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ
- ☐ Metro
- ☐ សេវាចែករំលែកយាន្តជំនិះឯកជន ដូចជាតាក់ស៊ី Uber ឬ Lyft
- ☐ សេវាកម្មជិះដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្សេង ដូចជា ButterFLi Assisted Transportation ឬ Access Paratransit
- ☐ វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀត

ការចូលប្រើសេវាកម្ម

តើអ្នកយល់ស្របយ៉ាងណាចំពោះប្រយោគខាងក្រោម៖

21) ជាទូទៅ ខ្ញុំអាចចូលប្រើអ៊ីនធឺណិតបានដោយភាពជឿជាក់។

- () មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
- () មិនយល់ស្រប
- () មិនមែនយល់ស្រប ហើយក៏មិនមែនមិនយល់ស្រប
- () យល់ស្រប
- () យល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

22) ខ្ញុំមានអ្វីដែលខ្ញុំត្រូវការដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្ញុំ (ឧ៖ អ្នកបកប្រែ បច្ចេកវិទ្យាជំនួយការទំនាក់ទំនង ជម្រើសទំនាក់ទំនងជាជំនួស ។ល។)

- () មិនយល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង
- () មិនយល់ស្រប
- () មិនមែនយល់ស្រប ហើយក៏មិនមែនមិនយល់ស្រប
- () យល់ស្រប
- () យល់ស្របយ៉ាងខ្លាំង

23) តើបច្ចុប្បន្នអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសាធារណៈ ណាមួយខាងក្រោមទេ? សូមជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត

- [] សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងថែទាំសុខភាព (រួមទាំងការប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង)
- [] សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត/អាកប្បកិរិយា
- [] ជំនួយសុខភាព ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពតាមទូរសព្ទ

- [] ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ការសង្គ្រោះទូទៅ
- [] កម្មវិធីថែទាំកុមារ
- [] កម្មវិធីសុខុមាលភាពកុមារ
- [] សេវាជួយដល់ផ្ទះ (ដូតទឹក ស្លៀកពាក់ រៀបចំអាហារ ការងារ)
- [] កម្មវិធីជំនួយការងារ ឬការមានការងារធ្វើ
- [] សេវាកម្មអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភ
- [] មជ្ឈមណ្ឌលក្នុងតំបន់
- [] មជ្ឈមណ្ឌលរស់នៅឯករាជ្យ
- [] ការគាំទ្រផ្នែកដឹកជញ្ជូន
- [] កម្មវិធីលំនៅដ្ឋានដែលគាំទ្រ ឬតម្លៃសមរម្យ
- [] កម្មវិធីកែលម្អផ្ទះ
- [] ជំនួយគាំទ្រអ្នកថែទាំ
- [] ការគ្រប់គ្រងករណី
- [] គំនិតផ្តួចផ្តើមការចូលរួមសង្គម
- [] ជំនួយការទំនាក់ទំនង (អ្នកបកប្រែ។ល។)
- [] កម្មវិធីរបស់អតីតយុទ្ធជន
- [] ជំនួយការប្រើប្រាស់សារធាតុ ឬកម្មវិធី
- [] ផ្សេងៗ
- [] ទេ ខ្ញុំមិនប្រើសេវាកម្មដែលមានជាសាធារណៈទេ

(ការរុករក៖ ប្រសិនបើចម្លើយគឺ “ទេ ខ្ញុំមិនប្រើសេវាកម្មដែលមានជាសាធារណៈទេ” សូមចូលទៅកាន់សំណួរទី 24។ ចម្លើយផ្សេងទៀតទាំងអស់ សូមរំលងទៅសំណួរទី 25)



ការចូលប្រើសេវាកម្ម (បន្ត)

24)

ហេតុអ្វីបានជាបច្ចុប្បន្នអ្នកមិនប្រើសេវាកម្មដែលមានជាសាធារណៈ?

☐ ខ្ញុំមិនត្រូវការសេវាកម្មឥឡូវនេះទេ

☐ ខ្ញុំពឹងផ្អែកលើមិត្តភក្តិ និងក្រុមគ្រួសារសម្រាប់ការគាំទ្រ

☐ ខ្ញុំមិនដឹងថាមានសេវាកម្មជួយខ្ញុំទេ

☐ ខ្ញុំមិនដឹងពីរបៀបចូលប្រើសេវាកម្មទេ

☐

ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ថាខ្ញុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្មទេ

☐ ហេតុផលមួយទៀត

(ការរុករក៖ បន្ទាប់ពីសំណួរទី 24 សូមរំលងទៅសំណួរទី 27)

25) តើអ្នកបានភ្ជាប់ជាមួយសេវាកម្មទាំងនេះដោយរបៀបណា?

សូមជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។

☐ តាមរយៈអ៊ីនធឺណិត

☐ ជាមួយនឹងការហៅទូរសព្ទ

☐ តាមរយៈសាលារបស់ខ្ញុំ

☐ តាមរយៈការងាររបស់ខ្ញុំ

☐ បានពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់ខ្ញុំ

☐ បានពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំឯកទេស (ឧ៖

គ្រូពេទ្យសរសៃប្រសាទ អ្នកព្យាបាលរាងកាយ

អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត)

☐ តាមរយៈមន្ទីរពេទ្យ

☐ តាមរយៈទីក្រុង ឬរដ្ឋ

- [] តាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ
- [] មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារបានណែនាំសេវាកម្មទាំងនេះ
- [] តាមរយៈមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់
- [] តាមរយៈមជ្ឈមណ្ឌលរស់នៅឯករាជ្យ
- [] វិធីមួយទៀត

26)

តើមានរឿងអ្វីខ្លះដែលធ្វើឱ្យអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការបាត់បង់សិទ្ធិប្រើប្រាស់សេវាកម្ម? សូមជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។

- [] ដោយសារតែអ្វីដែលខ្ញុំឮពីព័ត៌មាន
- [] ដោយសារតែលុយ
- [] ដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពការងាររបស់ខ្ញុំ
- [] ដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរលំនៅដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ
- [] ដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពទំនាក់ទំនងរបស់ខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍ រៀបការ)
- [] ដោយសារតែហេតុផលផ្សេងទៀត
- [] ខ្ញុំមិនខ្វល់ខ្វាយអំពីការបាត់បង់សិទ្ធិចូលប្រើសេវាកម្មទេ

27) តើគម្រោងរបស់អ្នកជាអ្វី

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចចូលប្រើសេវាកម្មដែលអ្នកកំពុងប្រើបច្ចុប្បន្នបានទៀតទេ? សូមជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។

- [] បច្ចុប្បន្នខ្ញុំស្គាល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតនៅក្នុងសហគមន៍របស់ខ្ញុំដែលខ្ញុំនឹងប្រើ
- [] ខ្ញុំនឹងពឹងផ្អែកលើមិត្តភក្តិ និងក្រុមគ្រួសារ
- [] ខ្ញុំនឹងត្រូវផ្លាស់ទៅមណ្ឌលថែទាំ ឬទីតាំងផ្សេងទៀត

- [] ខ្ញុំនឹងត្រូវផ្លាស់ទីក្នុង LA County
- [] ខ្ញុំនឹងត្រូវផ្លាស់ទីលំនៅចេញពី LA County
- [] ខ្ញុំបានគិតអំពីវា ហើយមិនមានផែនការបម្រុងទុកទេ
- [] ខ្ញុំមិនបានគិតអំពីវាទេ

28) បច្ចុប្បន្នខ្ញុំមានបញ្ហាប្រឈមជាមួយ/ចង់មើលកម្មវិធីបន្ថែមទៀតសម្រាប់៖

- [] ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មណាដែលមាន និងរបៀបស្វែងរកពួកគេ
- [] ការភ្ជាប់ឬចាប់ផ្តើមសេវាកម្ម
- [] ការដឹកជញ្ជូន
- [] លំនៅដ្ឋាន
- [] លទ្ធភាពទទួលបានអាហារ
- [] ជម្រើសថែទាំសុខភាព/ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយដែលអាចចូលបាន
- [] ការចូលទៅកាន់កម្មវិធីកម្សាន្តសាធារណៈ និងទីកន្លែងនានា
- [] ការគាំទ្រភាសា និងការទំនាក់ទំនង (សេវាកម្មបកប្រែបច្ចេកវិទ្យាទំនាក់ទំនង ជម្រើសទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀត ។ល។)
- [] ឱកាសការងារ
- [] ការចូលរួមសហគមន៍ និងឱកាសសង្គម
- [] សង្កាត់ និងបរិស្ថានដែលអាចចូលដំណើរការបានកាន់តែច្រើន
- [] គាំទ្រជាមួយនឹងការរុករកប្រព័ន្ធ និងកម្មវិធីជាច្រើន

ប្រជាសាស្ត្រ

ជាចុងក្រោយ សូមប្រាប់យើងបន្តិចអំពីខ្លួនអ្នក។
សំណួរទាំងអស់គឺជាជម្រើស ហើយអ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយទេ
ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់។

29) តើអ្នកមានជាតិសាសន៍ និងពូជសាសន៍អ្វី?
សូមជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។

- ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ☐ អាស៊ី
- ☐ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក
- ☐ អ៊ីស្ប៉ានីក ឬឡាតាំង
- ☐ មជ្ឈិមបូព៌ា ឬអាហ្វ្រិកខាងជើង
- ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- ☐ ស្បែកស
- ☐ ពូជសាសន៍ដែលមិនមានក្នុងបញ្ជី

30) តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីនៅផ្ទះភាគច្រើន?

- ☐ អង់គ្លេស
- ☐ អាវ៉ាប់
- ☐ អាមេនី
- ☐ ភាសាចិន
- ☐ ហ្វាស៊ី
- ☐ ហិណ្ឌូ

[] ជប៉ុន

[] ខ្មែរ

[] កូរ៉េ

[] រុស្ស៊ី

[] អេស្ប៉ាញ

[] តាកាវ៉ូក

[] ថៃ

[] វៀតណាម

[] អ្វីផ្សេងទៀត។

31) តើអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណជាភេទអ្វី? សូមជ្រើសរើសចម្លើយមួយដែលស័ក្តិសមបំផុតចំពោះរបៀបដែលអ្នកពិពណ៌នាខ្លួនឯង។

() ប្រុស

() ស្រី

() មិនបញ្ជាក់

() ឬភេទដែលមិនមានរាយបញ្ជី

32) តើការអប់រំរបស់អ្នកមានកម្រិតខ្ពស់បំផុតត្រឹមណា?

() ក្រោមថ្នាក់វិទ្យាល័យ

() សញ្ញាបត្របាក់ឌុប ឬកម្រិតថ្នាក់អប់រំទូទៅ

() ត្រឹមថ្នាក់មហាវិទ្យាល័យបានខ្លះ ប៉ុន្តែមិនមានសញ្ញាបត្រ

() បរិញ្ញាបត្ររង

() បរិញ្ញាបត្រ

() អនុបណ្ឌិត

() សញ្ញាបត្របណ្ឌិត ឬវិជ្ជាជីវៈ

() វិញ្ញាបនបត្រពាណិជ្ជកម្ម ឬវិជ្ជាជីវៈ

33) តើស្ថានភាពការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

() មានការងារ ធ្វើការពេញម៉ោង (32 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ)

() មានការងារ ធ្វើការក្រៅម៉ោង

() អ្នកអត់ការងារធ្វើ និងស្វែងរកការងារធ្វើ

() អត់ការងារធ្វើ តែមិនស្វែងរកការងារធ្វើ

() អ្វីផ្សេងទៀត

34) តើលេខកូដតំបន់របស់អ្នកគឺអ្វី?

35)

តើមានអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងដឹងអំពីសេវាពិការភាពនៅក្នុងខោនធី LA

ឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកចង់និយាយអំពីចម្លើយរបស់អ្នកខាងលើ?

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តជូនដំណឹងអំពីផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនាពេលខាងមុខ ឬសេវាកម្មពិការភាពនាពេលអនាគតពីនាយកដ្ឋានវ័យចំណាស់ និងពិការភាពខោនធី LA សូមបញ្ចូលអ៊ីមែលរបស់អ្នកនៅទីនេះ។

សូមអរគុណ!

សូមអរគុណចំពោះការរួមចំណែកការយល់ដឹងរបស់អ្នក។ បទពិសោធន៍ និងភាពជាអ្នកដឹកនាំរបស់អ្នកកំពុងបង្កើតអនាគតស្តីពីពិការភាពប្រកបដោយការរួមបញ្ចូលនៅក្នុង Los Angeles ។ យើងសូមកោតសរសើរយ៉ាងខ្លាំងចំពោះពេលវេលា និងព័ត៌មានរបស់អ្នក។ ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងជួយនាយកដ្ឋានវ័យចំណាស់ និងពិការភាពខោនធី Los Angeles បង្កើតផែនការយុទ្ធសាស្ត្រស្តីពីសេវាពិការភាព សម្រាប់បម្រើដល់មនុស្សគ្រប់គ្នានៅក្នុងសហគមន៍របស់យើងដែលរស់នៅជាមួយ ឬជួយអ្នកណាម្នាក់ដែលមានពិការភាព។

សំណួរទាក់ទងនឹងការស្ទង់មតិនេះនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅក្រុមការងារ ផ្នែកស្ទង់មតិ PCG តាម LACoDisabilitySurvey@pcgus.com ។
