



# ការទទួលស្គាល់ និង ការអនុញ្ញាត

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ \_\_\_\_\_ ជាឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬ

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ

តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់របស់ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះកូន(ៗ)

បានទទួលព័ត៌មាន និង យល់ជ្រួតជ្រាបហើយថា FIRST 5 Santa Clara County អាចចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីគ្រួសាររបស់ ខ្ញុំជាមួយបុគ្គល ឬ ទីភ្នាក់ងារដទៃទៀត ដែលធ្វើការជាមួយ FIRST 5 ដើម្បីធ្វើផែនការ និង ផ្តល់សេវាកម្មនានាដល់គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។

បណ្តាទីភ្នាក់ងារដែលចូលរួមដែលកំពុងធ្វើការជាមួយ FIRST 5 ដើម្បីធ្វើផែនការ និង ផ្តល់សេវាកម្មនានា អាចរាប់បញ្ចូលទាំង ប៉ុន្តែមិន កំណត់ចំពោះ៖ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ក្រសួងសុខភាពសាធារណៈ ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គម កម្មវិធីមតេយ្យសាលា និង ថ្នាក់ដំបូង មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ អ្នកផ្តល់សេវាអប់រំដល់កុមារ និង អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំកុមារភាពដទៃទៀត។

ទីភ្នាក់ងារនីមួយៗ នឹងគ្រាន់តែផ្សព្វផ្សាយ ឬផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសម្ងាត់ ឬកំណត់ត្រាផ្សេងៗ ទៅឱ្យទីភ្នាក់ងារដែលចូលរួមដទៃទៀតប៉ុណ្ណោះ នៅពេលដែលព័ត៌មាននោះ មានជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយសេវាកម្មផ្សេងៗ ដែលគេផ្តល់ឱ្យ ឬសម្រាប់គោលបំណងនៃការវាយតម្លៃ ដូចដែលមានពន្យល់ខាងក្រោម។

បែបបទអនុញ្ញាតដាច់ដោយឡែកមួយទៀត ក៏គេតម្រូវឱ្យមានសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានវិជ្ជាសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ថា គេអាចស្នើសុំឱ្យចុះហត្ថលេខាលើបែបបទដទៃទៀត សម្រាប់ការបញ្ចេញនូវព័ត៌មានវិជ្ជាសាស្ត្រនេះ។

ខ្ញុំយល់ថា FIRST 5 តម្រូវឱ្យធ្វើការវាយតម្លៃអំពីសេវាកម្មនានាដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។ ការណ៍នេះ តម្រូវឱ្យធ្វើការប្រមូល និង វិភាគព័ត៌មាន និង ទិន្នន័យដែលអាចមានព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មាននេះ

នឹងជួយធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសេវាកម្មនានា ចំពោះគ្រួសារផ្សេងៗ ដូចជាគ្រួសាររបស់ខ្ញុំជាដើម និង យល់ផងដែរថា ពុំមានព័ត៌មានសម្ងាត់ណាមួយ នឹងត្រូវគេបញ្ចូលក្នុងរបាយការណ៍សាធារណៈណាមួយឡើយ។

**FIRST 5 តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីប្រមូល និង វិភាគព័ត៌មានសម្ងាត់សម្រាប់គោលបំណងនៃ ការវាយតម្លៃ។ ព័ត៌មានបែបនេះ គេអាច ចែករំលែកជាមួយអ្នកវាយតម្លៃរបស់ FIRST 5 ដៃគូ និង អ្នកផ្តល់សេវាកម្មកុមារភាពផ្សេងៗទៀត។ ទីភ្នាក់ងារនីមួយៗយល់ថា ពួកគេត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់នូវព័ត៌មានបែបនេះ ហើយអាចបញ្ចេញព័ត៌មានបែបនេះ នៅពេលណាដែលច្បាប់តម្រូវ ឬមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះប៉ុណ្ណោះ។ មានគ្រោះថ្នាក់តិចបំផុតចំពោះគ្រួសាររបស់ខ្ញុំពីការចែករំលែកព័ត៌មាននេះ។**

**ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ ទៅឱ្យ FIRST 5 និង អ្នកវាយតម្លៃ និង ដៃគូនានា ធ្វើការប្រមូល និង វិភាគព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គ្រួសារខ្ញុំ សម្រាប់គោលបំណងវាយតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធី។**

ខ្ញុំយល់ថា បើសិនជាខ្ញុំសំរេចចិត្តមិនចុះហត្ថលេខាលើបែបបទការទទួលស្គាល់ និង ការអនុញ្ញាតនេះ គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ នឹងនៅតែទទួលបាន សេវាកម្មនានា ហើយសម្រាប់គោលបំណងនោះ ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវបានគេបញ្ចូលទៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យរបស់ FIRST 5 ហើយអ្នកគ្រប់គ្រងរដ្ឋបាលខាងមូលដ្ឋានទិន្នន័យ នឹងអាច ប្រើប្រាស់បាន។

ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា ខ្ញុំអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាមួយក៏បាន ដោយសរសេរទៅកាន់ Cathy Andrade នាយកកម្មវិធីសហគមន៍ FIRST 5 Santa Clara County, 4000 Moorpark Avenue, Suite 200, San Jose, CA 95117 ។ ការលុបចោលការ អនុញ្ញាតនេះ នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានណាមួយ ដែលគេបានប្រមូលយករួចមកហើយនោះទេ។

ការអនុញ្ញាតនេះ ត្រូវមានសុពលភាពរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។



ការទទួលស្គាល់ និង ការអនុញ្ញាត  
(ត)

ខ្ញុំបានអានបែបបទនេះ ឬគេបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំបានយ៉ាងល្អិតល្អន់ ហើយខ្ញុំបានយល់នូវលក្ខខណ្ឌនានា។

ឪពុក និង/ឬម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬតំណាងស្របច្បាប់:

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះ:

ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខា

ទំនាក់ទំនងជាមួយកូន(ៗ)

ទំនាក់ទំនងជាមួយកូន(ៗ)

ឈ្មោះកូន(ៗ)

ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ ដែលយកហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ហើយរក្សាទុកច្បាប់ដើម

ឈ្មោះបុគ្គលដែលយកហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ

**FIRST 5 Santa Clara County**

បទសម្ភាសន៍ជាមួយឪពុកម្តាយនៅមជ្ឈមណ្ឌលធនធានសម្រាប់គ្រួសារ

ការណែនាំ: យើងកំពុងស្នើសុំឱ្យគ្រួសារនៅក្នុងកម្មវិធី FIRST5 បំពេញបទសម្ភាសន៍មួយ។ ចម្លើយរបស់អ្នក នឹងជួយឱ្យយើងបម្រើដល់អ្នក និងអ្នកដទៃទៀតនៅក្នុងសហគមន៍ឱ្យបានប្រសើរឡើង។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញបទសម្ភាសន៍នេះ ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយទៅនឹងសំណួរណាមួយបាន។ យើងនៅទីនេះរង់ចាំជួយអ្នក បើសិនជាអ្នកមិនយល់សំណួរណាមួយ។

កាលបរិច្ឆេទបំពេញបែបបទ: (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)		
ឈ្មោះ: ពេញរបស់អ្នកមើលថែទាំទី១ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល):		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
		ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ភេទទីបី
អាសយដ្ឋាន:	ទីក្រុង:	ហ្សឺបកូដ:
លេខទូរស័ព្ទ:	លេខទូរស័ព្ទមួយទៀត:	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:
ភាសាទីមួយ: (សូមគូសយកប្រអប់មួយ) <input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> ចិនកន្តាំង <input type="checkbox"/> ចិនកុកដី <input type="checkbox"/> វៀតណាម <input type="checkbox"/> កូរ៉េ <input type="checkbox"/> ខ្មែរ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____		
ពូជសាសន៍/ជាតិពន្ធុ: (សូមគូសយកប្រអប់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ) <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ/អាមេរិកឡាទីន <input type="checkbox"/> សញ្ជាតិដើមអាឡាស្កា ឬសញ្ជាតិអាមេរិកដើម <input type="checkbox"/> ច្រើនសញ្ជាតិ <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អ្នកនៅលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____		
ទំនាក់ទំនងជាមួយកូន: (សូមគូសយកប្រអប់មួយ) <input type="checkbox"/> ម្តាយ (ពីកំណើត, ចិញ្ចឹម, ចុង, ធម៌) <input type="checkbox"/> ឪពុក (ពីកំណើត, ចិញ្ចឹម, ចុង, ធម៌) <input type="checkbox"/> អ្នកដទៃដែលមិនជាប់សាច់ញាតិ <input type="checkbox"/> ស្ត្រីជាអាណាព្យាបាលដទៃទៀត (ឧ. យាយ មីង ឬអ៊ុំ) <input type="checkbox"/> បុរសជាអាណាព្យាបាលដទៃទៀត (ឧ. តា ពូ ឬអ៊ុំ)		
ឈ្មោះ: ពេញរបស់អ្នកមើលថែទាំទី២ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល):		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
		ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ភេទទីបី
ភាសាទីមួយ: (សូមគូសយកប្រអប់មួយ) <input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> ចិនកន្តាំង <input type="checkbox"/> ចិនកុកដី <input type="checkbox"/> វៀតណាម <input type="checkbox"/> កូរ៉េ <input type="checkbox"/> ខ្មែរ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____		
ពូជសាសន៍/ជាតិពន្ធុ: (សូមគូសយកប្រអប់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ) <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ/អាមេរិកឡាទីន <input type="checkbox"/> សញ្ជាតិដើមអាឡាស្កា ឬសញ្ជាតិអាមេរិកដើម <input type="checkbox"/> ច្រើនសញ្ជាតិ <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អ្នកនៅលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____		
ទំនាក់ទំនងជាមួយកូន: (សូមគូសយកប្រអប់មួយ) <input type="checkbox"/> ម្តាយ (ពីកំណើត, ចិញ្ចឹម, ចុង, ធម៌) <input type="checkbox"/> ឪពុក (ពីកំណើត, ចិញ្ចឹម, ចុង, ធម៌) <input type="checkbox"/> អ្នកដទៃដែលមិនជាប់សាច់ញាតិ <input type="checkbox"/> ស្ត្រីជាអាណាព្យាបាលដទៃទៀត (ឧ. យាយ មីង ឬអ៊ុំ) <input type="checkbox"/> បុរសជាអាណាព្យាបាលដទៃទៀត (ឧ. តា ពូ ឬអ៊ុំ)		

**ព័ត៌មានទូទៅអំពីគ្រួសារ**

1. តើចំនួនមួយណាដែលប្រហាក់ប្រហែលបំផុតនឹងប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់គ្រួសារអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំមុន? (សូមគូសយកប្រអប់មួយ)
 

<input type="checkbox"/> \$5,000 ឬតិចជាង	<input type="checkbox"/> \$5,001 – \$10,000	<input type="checkbox"/> \$10,001 – \$20,000
<input type="checkbox"/> \$20,001 – \$30,000	<input type="checkbox"/> \$30,001 – \$40,000	<input type="checkbox"/> \$40,001 – \$50,000
<input type="checkbox"/> \$50,001 និង លើសពីនេះ	<input type="checkbox"/> មិនដឹង/បដិសេធមិនឆ្លើយ	
2. តើមានសមាជិកគ្រួសារសរុបប៉ុន្មាននាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក?
 

ចំនួនកូនអាយុពី 0-5: _____	ចំនួនកូនអាយុពី 6-18: _____	ចំនួនមនុស្សធំ: _____
---------------------------	----------------------------	----------------------

(ត)

3. កាលពី 3 ខែមុន តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភប៉ុណ្ណាអំពី...?

	មិនបារម្ភ ☺	បារម្ភបន្តិច បន្តួច ☺	បារម្ភ ☹
a) ការមានអាហារគ្រប់គ្រាន់។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ការមានកន្លែងស្នាក់នៅដែលអ្នកអាចរក់ត្រឡប់។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ការមានលុយគ្រប់គ្រាន់ ឬការងារល្អ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ការមានអារម្មណ៍ថាគ្មានសុវត្ថិភាព ឬមានគេគំរាមកំហែងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) អ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានបញ្ហាគ្រឿងញៀន ឬស្រវឹងស្រា។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) មានអារម្មណ៍ក្រៀមក្រំ ឬមិនសប្បាយចិត្ត។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. កាលពី 3 ខែមុន តើអ្នកយល់ស្របប៉ុណ្ណាជាមួយនឹងអំណះអំណាងខាងក្រោម...?

	យល់ស្រប ទាំងស្រុង ☺☺	យល់ស្រប ☺	មិនយល់ស្រប ☹	មិនយល់ ស្របទាំង ស្រុង ☹☹
a) ខ្ញុំអាចទទួលបានសេវាកម្មដែលគ្រួសារខ្ញុំត្រូវការ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ខ្ញុំមានអារម្មណ៍នៅជាប់នឹងសហគមន៍របស់ខ្ញុំ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ខ្ញុំមានមនុស្សនៅក្នុងសហគមន៍របស់ខ្ញុំ ដែលខ្ញុំអាចពឹងពាក់បាន។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. តើអ្នកបានបញ្ចប់ការសិក្សានៅកម្រិតណា? (សូមគូសយកប្រអប់មួយ)

- បានថ្នាក់ត្រឹមអនុវិទ្យាល័យ ឬវិទ្យាល័យ
- បរិញ្ញាបត្ររង ឬសញ្ញាបត្របច្ចេកទេស
- បរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់, បណ្ឌិត, សញ្ញាបត្រជំនាញ
- សញ្ញាបត្រទុតិយភូមិ/GED
- បរិញ្ញាបត្រ
- ផ្សេងៗ/មិនដឹង/បដិសេធមិនឆ្លើយ

6. តើស្ថានភាពការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? (សូមគូសយកប្រអប់មួយ)

- ពេញម៉ោង
- ត្រូវម៉ោង
- អត់ការងារ
- ផ្សេងៗ/បដិសេធមិនឆ្លើយ

7. តើស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? (សូមគូសយកប្រអប់មួយ)

- មិនដែលរៀបការ
- រៀបការហើយ
- បែកបាក់គ្នា/លែងលះគ្នា
- មេម៉ាយឬពោះម៉ាយ
- បដិសេធមិនឆ្លើយ

8. កាលពី 3 ខែមុន តើអ្នកបានស្ម័គ្រចិត្តតាមរបៀបផ្សេងៗ ដើម្បីធ្វើឱ្យសហគមន៍របស់អ្នកមានភាពប្រសើរឡើង ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

(ដូចជាធ្វើការជាមួយក្រុមសាសនា នយោបាយ សាលា ឬសហគមន៍)។ (សូមគូសយកប្រអប់មួយ)

- មិនដែល
- ម្តង ឬ 2 ដង
- 3 ទៅ 6 ដង
- ច្រើនជាង 6 ដង
- មិនដឹង/បដិសេធមិនឆ្លើយ

9. តើអ្នកបានដឹងអំពីមជ្ឈមណ្ឌលធនធានសម្រាប់គ្រួសារដោយរបៀបណា? (សូមគូសយកប្រអប់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)

- បុគ្គលិកសហគមន៍ FIRST 5
- មិត្តភក្តិ/គ្រួសារ
- ប្រុស/ប្រុស/ប្រុសផ្សេងៗ
- សាលា
- វេបសាយ/កាសែត
- វិទ្យុ/ទូរទស្សន៍
- ការដើរចូលសួរព័ត៌មាន/ខ្លួនឯង
- ផ្សេងៗ: \_\_\_\_\_

10. តើកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ ជួយអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ទេ? (សូមគូសយកប្រអប់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)

- គ្មានកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ
- សេវាកម្មសុខុមាលភាពកុមារ/CPS
- កម្មវិធីឆ្លើយតបភាពទី១ទី២
- សេវាកម្មសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្ត
- កម្មវិធីតុលាការ/សិក្ខាសាលា
- ការអប់រំកុមារថ្នាក់ដំបូង/ការអប់រំពិសេស
- សេវាកម្មសាកល្បង ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ
- សេវាកម្មខាងគ្រឿងញៀន និងស្រវឹងស្រា
- ជំនួយសាធារណៈ: (ឧ. WIC, CalWorks)
- កម្មវិធី FIRST 5 Home Visitor
- ផ្សេងៗ: \_\_\_\_\_

11. តើអ្នកបានទទួល .....របស់ FIRST 5 ទេ? (សូមគូសយកប្រអប់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)

- គ្រឿងសម្រាប់អ្នកដែលក្លាយជាឪពុកម្តាយថ្មី
- កូនសៀវភៅសម្រាប់ឪពុកម្តាយ "I'm Ready for Kindergarten"
- ទេ/អត់ទាំងពីរ

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកមើលថែទាំ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល):	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
	ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ភេទទីបី

**ព័ត៌មានរបស់កូន**  
**សូមបំពេញបទសម្ភាសន៍នេះសម្រាប់កូននិមួយៗនៅក្នុងគ្រួសារ ដែលមានអាយុក្រោម 6 ឆ្នាំ។**

កាលបរិច្ឆេទបំពេញបែបបទ: (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	
ឈ្មោះពេញរបស់កូន:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កូន: (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
	ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
<b>ភាសាទីមួយ:</b> (សូមគូសយកប្រអប់មួយ) <input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> ចិនកន្តាំង <input type="checkbox"/> ចិនកុកងឺ <input type="checkbox"/> វៀតណាម <input type="checkbox"/> ភូរ៉េ <input type="checkbox"/> ខ្មែរ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____	
<b>ពូជសាសន៍/ជាតិពន្ធុ:</b> (សូមគូសយកប្រអប់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ) <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ/អាមេរិកឡាទីន <input type="checkbox"/> សញ្ជាតិដើមអាឡាស្កា ឬសញ្ជាតិអាមេរិកដើម <input type="checkbox"/> ច្រើនសញ្ជាតិ <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អ្នកនៅលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____	
<b>ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កូន:</b> <input type="checkbox"/> មិនមានធានារ៉ាប់រង <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងទិញផ្ទាល់ដោយឪពុក-ម្តាយ/អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> មេឌី-ខល <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទិញតាមនិយោជក <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត ឬការដាក់ពាក្យកំពុងជាប់គាំង (សូមបញ្ជាក់): _____ <input type="checkbox"/> មិនដឹង/បដិសេធមិនឆ្លើយ	

- កាលពី 12 ខែមុន** តើកូននេះបានទៅជួបគ្រូពេទ្យប៉ុន្មានដងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ "ក្មេងដែលមានសុខភាពល្អ" ? ការពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ "ក្មេងដែលមានសុខភាពល្អ" គឺជាការពិនិត្យសុខភាពទូទៅមួយ នៅពេលកូនរបស់អ្នក មិន ឈឺ ឬរមួស។  
 0 ដង  1 ដង  2-3 ដង  4-5 ដង  6 ឬច្រើនជាងនេះ  មិនដឹង/បដិសេធមិនឆ្លើយ
  - កាលពី 12 ខែមុន** តើអ្នកបានចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ប៉ុន្មានដងជាមួយកូននេះ?  
 មិនដែល  ម្តង  2-3 ដង  4 ឬច្រើនជាងនេះ  មិនដឹង/បដិសេធមិនឆ្លើយ
  - តើកូននេះ បានទៅជួបគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកអនាម័យធ្មេញ ដើម្បីមើលថែទាំធ្មេញ លើកចុងក្រោយនៅពេលណា?**  
 កូនអាយុក្រោម 1 ឆ្នាំ  តិចជាងមួយឆ្នាំមុន  ចន្លោះពី 1 ទៅ 2 ឆ្នាំមុន  
 2 ឆ្នាំមុន ឬយូរជាងនេះ  មិនដែល  មិនដឹង/បដិសេធមិនឆ្លើយ
  - តើមានកន្លែង ឬបុគ្គលណាម្នាក់ ដែលអ្នកជាញឹកញាប់យកកូននេះទៅឱ្យគេមើលថែ នៅពេលថ្ងៃទេ?**  
**បើមានមែន តើនៅទីណា?**  
 Head Start  មជ្ឈមណ្ឌលមើលថែទាំកុមារ  កម្មវិធីមតេយ្យសាលាផ្សេងៗ  
 មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំកុមារនៅពេលថ្ងៃ  សាច់ញាតិ/អ្នកជិតខាង ឬអ្នកមើលថែទាំក្មេង  
 កូនរបស់ខ្ញុំមិនមានអ្នកណាផ្សេងមើលថែទាំ ឬនៅខាងក្រៅ ខុសពីផ្ទះរបស់យើងឡើយ (រំលងទៅសំណួរទី 5)
- 4b. **បើសិនជាកូននេះ ចូលមតេយ្យសាលា ឬកន្លែងថែទាំក្មេង** សូមដាក់ចំណាត់ថ្នាក់ថាតើអ្នកមានអារម្មណ៍ដូចម្តេចចំពោះ៖

	ទាប ☹	មធ្យម ☺	ល្អណាស់ ☺
a) ភាពងាយស្រួល (ម៉ោង, ទីតាំង)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) គុណភាព	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ថ្លៃណាស់ ☹	មធ្យម ☺	ថោកណាស់ ☺
c) តំលៃ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
តើអ្នកកំពុងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ការមើលថែទាំកូន_ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			

(ត)

5. ជូនកាល ឪពុកម្តាយមានការព្រួយបារម្ភអំពីដំណើរវិវឌ្ឍន៍របស់កូន។  
តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអំពី...?

	តើអ្នក...?		
	មិនបារម្ភ ☺	បារម្ភបន្តិច បន្តួច ☺	បារម្ភ ☹
a) របៀបដែលកូននេះនិយាយ និង ការបញ្ចេញសំលេងទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) របៀបដែលកូននេះយល់ពីអ្វីដែលអ្នកនិយាយ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) របៀបដែលកូននេះប្រើអារម្មណ៍របស់វា?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) របៀបដែលកូននេះចុះសម្រុងជាមួយអ្នកដទៃ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. នៅក្នុងថ្ងៃធម្មតា តើកូននេះថែម...ប៉ុន្មានដង? (ចំណាំ: ឆ្លើយសំណួរនេះ បើសិនជាកូននេះ មានអាយុ 1 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ)

	0	1	2	3	4	5 ឬ លើស
a) កែវទឹកដោះគោ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) កែវសូដា ឬកេសប្លង់ដែលផ្តុំមជ្ឈដទៃទៀត (ទឹកក្រឡុកផ្លែឈើ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ផ្លែឈើ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) បន្លែ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) បង្កែម (យុកយី ស្ករគ្រាប់ នំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) អាហាររហ័ស	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. តើកូនរបស់អ្នកមានកំពស់ប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_ ទំងន់កូន: \_\_\_\_\_

8. នៅក្នុងថ្ងៃធម្មតា តើគ្រួសាររបស់អ្នកធ្វើសកម្មភាពទាំងនេះប៉ុន្មានដងជាមួយកូននេះ?

	មិនដែល ទាល់តែ សោះ	1-2 ដង	3-6 ដង	រៀងរាល់ថ្ងៃ
a) លាបពណ៌ គូគំនូរ ឬលាបថ្នាំ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ដើរលេងខាងក្រៅ (ទៅសួនកុមារ បណ្ណាល័យ សារមន្ទីរ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) អានសៀវភៅឱ្យស្តាប់ ឬបង្ហាញសៀវភៅរូបភាព	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) និយាយរឿងឱ្យស្តាប់ ឬច្រៀងចម្រៀង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ហាត់ប្រាណ ឬលេខកីឡាជាមួយគ្នា	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) មានទំលាប់មុនពេលចូលគេង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. នៅក្នុងថ្ងៃធម្មតា តើកូននេះ ..... ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

	មិនដែល ឬ មិនញាប់	ជូនកាល	ញឹកញាប់ ឬជានិច្ចកាល
a) មានអារម្មណ៍ម្តងម្កាត់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ឱ្យអ្នកដឹងពីអ្វីដែលវាត្រូវការ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) លូងលោម ឬធ្វើឱ្យខ្លួនវាស្ងប់ចិត្ត	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ស្វែងយល់ពីរឿងថ្មីៗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ងាយបែកអារម្មណ៍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) លេងចុះសម្រុងជាមួយអ្នកដទៃ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) បង្ហាញពីចំណាប់អារម្មណ៍លើសៀវភៅ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ប្រើកាយវិការ ឬពាក្យសំដីដើម្បីធ្វើការទំនាក់ទំនង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ព្យាយាមដោះស្រាយបញ្ហា	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ធ្វើតាមការណែនាំ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>