

គំរោងស្ថានភាពសំរាប់ វេសស៊ីអាចូ

ពាក្យដាក់ស្នើសុំសំរាប់គ្រូពេទ្យប្រចាំការតាមទូរស័ព្ទការជិះចូល ឡូអិ ស្តូកខេន អេសធី ស្ទឹង ព្រីថ (ស្ថានទាប)

សំរាប់បុគ្គលិកពេទ្យដែលសុំដាក់ពាក្យដើម្បីជិះចូលទៅមកតាមស្ថានទាបហើយដើម្បីប្រចាំការវេនធ្វើការតាមទូរស័ព្ទ ត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយប្រធានពេទ្យខាងចំហៀងសុខភាព

- ការអនុញ្ញាតឲ្យសម្រាប់តែបុគ្គលិកពេទ្យដែល៖
 - រស់នៅឬធ្វើការនៅវេសស៊ីអាចូ
 - ត្រូវការធ្វើដំណើរទៅបុគ្គលិកការផ្លាស់ប្តូរការងារតាមការហៅទូរស័ព្ទដែលពួកគេត្រូវការទៅដល់កន្លែងធ្វើការឬកន្លែងពេទ្យនៅផ្នែកម្ខាងទៀតនៃផ្លូវឡូអិស វតធីវ។
- ការជិះចូលស្ថានទាបមិនអនុញ្ញាតឲ្យសំរាប់ការធ្វើដំណើរដើម្បីផ្លាស់ប្តូរវេនម៉ោងពេទ្យធ្វើការតាមកាលវិភាគធម្មតាទេ និងការធ្វើដំណើរដែលមិនបន្ទាន់ឡើយ។

ជំហានដើម្បីស្នើសុំជិះចូល:

- 1: សូមបំពេញ ផ្នែកទី១ : ព័ត៌មានរបស់បេក្ខជន
- 2: សូមឲ្យនិយោជកពេទ្យ របស់អ្នកបំពេញផ្នែកនេះ ២. ព័ត៌មាននិយោជកពេទ្យ
- 3: អ៊ីមែលផ្នែកទី១ ផ្នែកទី២ និង ការចុះហត្ថលេខាអនុញ្ញាតនៅក្នុងគេហទំព័រ LowBridgeAccess@seattle.gov (អាចដាក់ស្នើសុំ ឬច្នៃចំលងឯកសារបាន) ឬផ្ញើសារទៅកាន់ការអនុញ្ញាតច្បាប់ចរាចរណ៍ អេធីធីអេន ដបលយូអេសប៊ី (ATTN WSB) នាយកដ្ឋានដឹកជញ្ជូនរបស់ស៊ីអាចូ ប្រអប់សំបុត្រលេខ 34996, ទីក្រុងស៊ីអាចូ វ៉ាស៊ីនតោន 98124-4996
- 4: ការដាក់ពាក្យនេះមិនមានន័យថាអ្នកនឹងត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យជិះចូលស្ថានទាបទេ។ អ្នកត្រូវតែទទួលការបញ្ជាក់ឲ្យចូលពី អេសធីអូធី (SDOT) មុនពេលដែលអ្នកអាចជិះចូលស្ថានទាបបាន។

សម្រាប់សំណួរផ្សេងៗ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសារបស់អ្នកឬក៏ត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញឯកសារ សូមទំនាក់ទំនង LowBridgeAccess@seattle.gov ឬក៏ទូរស័ព្ទ ២០៦- ៤០០-៧៥១១។ សូមមេត្តាផ្ញើសារសំលេងជាមួយឈ្មោះរបស់អ្នក លេខទូរស័ព្ទទំនាស់ទំនង និងភាសារដែលអ្នកនិយាយ ហើយយើងនឹងទូរស័ព្ទត្រលប់ទៅវិញ។

ផ្នែកទី១: ព័ត៌មានរបស់បេក្ខជន

សូមព្រីន ឬវាយឈ្មោះ: (ត្រកូល នាម អក្សរទី១នៃឈ្មោះកណ្តាល)			
អាសយដ្ឋានសំបុត្រ (ប្រអប់សំបុត្រ ឬលេខផ្លូវ និង លេខអាជ្ញាធរមិន ប្រសិនបើមាន)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប្រទេស
(លេខកូដតំបន់) លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ	អ៊ីមែល		
ឈ្មោះរបស់មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យដែលអ្នកធ្វើការ	និយោជកថែទាំសុខភាព (និយោជករបស់អ្នកបំពេញផ្នែកទី ២)		
ស្លាកលេខរថយន្តរហូតដល់ ២ សន្លឹក៖ មួយសម្រាប់ខ្លួនអ្នកនិងមួយគ្រឿងទៀតជារថយន្តទី ២ តាមតម្រូវការ			
ស្លាកលេខមួយ	រដ្ឋ	ស្លាកលេខទីពីរ (ប្រសិនបើត្រូវការ)	រដ្ឋ



ហត្ថលេខាបេក្ខជន ឬក៏ហត្ថលេខាអ្នកតំណាង ដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត

ដោយការចុះហត្ថលេខា អ្នកបានទទួលដឹងពីលក្ខខណ្ឌនិងទទួលស្គាល់ថា និងយល់ព្រមគោរពជាមួយលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ហើយនិងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជននូវខាងក្រោយទីពីរ នេះ។

គំរោងស្ថានភាពសេរីស៊ីអាចូ

ពាក្យដាក់ស្នើសុំសំរាប់គ្រូពេទ្យប្រចាំការតាមទូរស័ព្ទការជិះចូល ឡូរី ស្តុកខេន អេសធី ស្ទឹង ព្រីថ (ស្ថានទាប)

លក្ខខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ស្ថានទាប

- 1: ទំរង់បែបបទនេះត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយអ្នក និងនិយោជករបស់អ្នកត្រូវដាក់ពាក្យទៅកាន់ អេសធីអូធី (SDOT) ដោយអ៊ីមែល ឬប្រអប់សំបុត្រ នៅថ្ងៃទី១៥នៃខែ ដើម្បីប្រកបដោយអ្នកអាចជិះចូលស្ថានទាបបាននៅខែបន្ទាប់។ ជាឧទាហរណ៍ បើសិនជាអ្នកចង់ជិះចូលស្ថានទាបនៅថ្ងៃទី១១ខែមិថុនា អេសធីអូធី (SDOT) ត្រូវតែទទួលពាក្យដាក់សុំរបស់អ្នក នៅថ្ងៃទី១៥ខែឧសភា។
- 2: ការអនុញ្ញាតគឺសម្រាប់តែការធ្វើដំណើរទាំងនោះដែលទាក់ទងជាពិសេសជាមួយនឹងការប្តូរវេនការងារគ្រូពេទ្យតាមទូរស័ព្ទដែលបុគ្គលិកត្រូវតែទៅដលកន្លែងធ្វើការរបស់ពួកគេឱ្យបានទានពេលវេលា។
- 3: ការជិះចូលស្ថានទាបមិនអនុញ្ញាតឱ្យសំរាប់ការធ្វើដំណើរដើម្បីផ្លាស់ប្តូរវេនការងារតាមកាលវិភាគធម្មតានោះទេ ។
- 4: ការជិះចូលប្រើនេះគឺនៅលើមូលដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ននិងមានកំណត់។ យើងនឹងកាត់បន្ថយឬដកហូតសិទ្ធិធ្វើដំណើរលើស្ថានទាបសម្រាប់ក្រុមជាច្រើននៅចុងឆ្នាំ ២០២១ ដើម្បីឱ្យស្ថាននេះមានសមត្ថភាពបង្កើនចរាចរណ៍ដឹកទំនិញធនធាន។
- 5: ការជិះចូលទៅកាន់ស្ថានទាបអាចនឹងត្រូវបញ្ឈប់នៅពេលណាមួយប្រសិនបើមានចរាចរណ៍ច្រើនពេកនៅលើស្ថានទាបឬដោយសារតម្រូវការគ្រប់គ្រងចរាចរណ៍ផ្សេងទៀត។ អ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងប្រសិនបើមានករណីនេះកើតឡើង ។
- 6: ដែនកំណត់អាចត្រូវបានដាក់នៅលើចំនួននៃការធ្វើដំណើរដែលអ្នកជិះនៅលើស្ថានទាបនេះ។ ការចូលធ្វើដំណើរ អាចនឹងត្រូវបញ្ឈប់ប្រសិនបើអ្នកជិះចូលលើសចំនួននៃការកំណត់នោះ។
- 7: ការដាក់ពាក្យស្នើសុំចូលរបស់បុគ្គលិកពេទ្យប្រចាំការតាមទូរស័ព្ទ មិនបានធានាពេញលេញថាអ្នកនឹងទទួលបានការជិះចូលទៅកាន់ស្ថានទាបទេ។ ពាក្យសុំប្តូរឯកសារមិនពេញលេញមិនត្រូវត្រូវបានបញ្ជាក់ឱ្យមានការពន្យារពេលឬបដិសេធ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យជិះចូល លិខិតនៃការយល់ព្រមលើឯកសារ និងត្រូវបានធ្វើតាមអ៊ីមែលរបស់អ្នកជាមុន ឬនៅ២២ថ្ងៃមុនពេលចាប់ផ្តើមអាចជិះចូលបាន។ សូមរក្សាទុកលិខិតយល់ព្រមសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានអ៊ីមែលយល់ព្រមមុនពេលអ្នកអាចប្រើស្ថានទាប។ ប្រសិនបើអ្នកជិះចូលស្ថានទាបដោយគ្មានការអនុញ្ញាតអ្នកនឹងត្រូវទទួលសំបុត្រផាកពិន័យ៧៥ដុល្លារាល់ដងនៅពេលដែលអ្នកជិះចូលនៅម៉ោងហាមឃាត់។ ម៉ោងហាមឃាត់ចាប់ពីម៉ោង ៥ព្រឹកដល់ ម៉ោង ៩យប់នៅថ្ងៃធ្វើការទាំងអស់ និង ម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៩យប់នៅថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ទាំងអស់។

ការទាមទារសិទ្ធិឯកជន, ទិន្នន័យនិងការស្នើសុំបង្ហាញឱ្យដឹងជាសាធារណៈ

អេសធីអូធី (SDOT) នឹងត្រូវកត់លេខនិងពេលវេលានៃការធ្វើដំណើរនៅលើស្ថានទាបដែលធ្វើឡើងដោយស្លាកលេខអាជ្ញាប័ណ្ណរថយន្តដែលបានអនុញ្ញាតនីមួយៗ។ ដោយស្នើសុំការជិះចូលទៅកាន់ស្ថានទាបអ្នកនឹងយល់ព្រមក្នុងការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៃការធ្វើដំណើររបស់អ្នកនៅលើស្ថានទាបសម្រាប់គោលបំណងត្រួតពិនិត្យនិងវាយតម្លៃ។ កំណត់ហេតុដំណើរនេះក៏ជាកម្មវត្ថុនៃច្បាប់កំណត់ត្រាសាធារណៈរបស់ទីក្រុងវ៉ាស៊ីនតុន (Washington Public Records Act) ហើយអាចជាកម្មវត្ថុនៃការបង្ហាញដល់អ្នកស្នើសុំភាគីទីបីផងដែរ។

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននេះនឹងត្រូវចែកចាយអេសធីអូធី (SDOT) រួមបញ្ចូលទាំងឈ្មោះរបស់អ្នក និងស្លាកលេខរថយន្តនេះក៏ជាកម្មវត្ថុ នៃច្បាប់កំណត់ត្រាសាធារណៈរបស់ទីក្រុងវ៉ាស៊ីនតុន (Washington Public Records Act) ហើយអាចជាកម្មវត្ថុនៃការបង្ហាញដល់ ភាគីទីបីប្រសិនបើមានការស្នើសុំ។ នៅទីក្រុង ស៊ីអាចូ យើងសូមប្តេជ្ញាថានឹងព្យាយាមដាច់ខាតដើម្បីរក្សាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ហើយកុំសូមធានាថាការបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងអស់ នឹងត្រូវធ្វើឡើងស្របតាមច្បាប់។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមពីរបៀបគ្រប់គ្រងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន សូមចូលទៅមើលសេចក្តីថ្លែងការអំពីភាពជាឯកជន តាមរយៈគេហទំព័រ www.seattle.gov/tech/initiatives/privacy/privacy-statement។



គំរោងស្ថានភាពសេវាស៊ីអាចូ

ពាក្យដាក់ស្នើសុំសំរាប់គ្រូពេទ្យប្រចាំការតាមទូរស័ព្ទការជិះចូល ឡូរី ស្តុកខេន អេសធី ស្ទឹង ព្រីថ (ស្ថានទាប)

ផ្នែកទី២: ព័ត៌មានអំពីនិយោជកពេទ្យ

និយោជកជម្រើសពេទ្យត្រូវបំពេញផ្នែកនេះបន្ទាប់ពីអ្នកដាក់ពាក្យបំពេញផ្នែកទី ១ហើយ។

ព័ត៌មានអំពីនិយោជកពេទ្យ:
 សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោមដែលមានចែង៖

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា _____ (ឈ្មោះនិយោជក) ធ្វើការនៅ _____
 (មន្ទីរពេទ្យឬការិយាល័យពេទ្យ) ហើយនិយោជកនេះ តម្រូវឱ្យ ធ្វើដំណើរសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរការងារតាមការហៅតាមទូរស័ព្ទដោយមានលក្ខណៈ
 សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការជិះចូលទៅកាន់ស្ថានទាប។

សូមប្រគល់ទម្រង់ដែលបានចុះហត្ថលេខានេះទៅបេក្ខជនរីក្សា ។

សូមព្រីន ឬវាយឈ្មោះ: (ត្រកូល នាម អក្សរទី១នៃឈ្មោះកណ្តាល)			
មុខតំណែង / តួនាទីនៅស្ថាប័ននិយោជកពេទ្យ (ធនធានមនុស្ស / ស៊ីជីអ / ផ្សេងៗ)			
អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ (ប្រអប់សំបុត្រ អាសយដ្ឋានផ្លូវ និងលេខផ្ទះ, ប្រសិនបើមាន)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប្រទេស
(លេខកូដតំបន់) លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ	អ៊ីមែល		

សូមឆ្លើយសំណួរដូចខាងក្រោម:

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថានិយោជកដែលមានក្នុងផ្នែកទី ១ ខាងលើឆ្លើយតបនឹងការប្តូរវេនការងារនៅមន្ទីរពេទ្យឬការិយាល័យពេទ្យដែលមានចែងក្នុងផ្នែកទី ១ ខាងលើហើយពួកគេជាបុគ្គលិកពេទ្យដែលត្រូវការធ្វើដំណើរសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរការងារតាមការហៅទូរស័ព្ទដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ពួកគេដើម្បីទទួលបានការជិះចូលស្ថានទាប។

កាលបរិច្ឆេទនិងទីកន្លែង (ទីក្រុងឬខោនធី) បានចុះហត្ថលេខា:

X

សូមចុះហត្ថលេខានិយោជកនៅទីនេះ។ (តំណាងធនធានមនុស្ស ឬអ្នកតំណាងរដ្ឋបាលស្ថាប័នមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះ)



WEST SEATTLE HIGH-RISE BRIDGE PROJECT

SPOKANE ST SWING BRIDGE (LOW BRIDGE) APPLICATION FORM: ON-CALL MEDICAL WORKER ACCESS

SECTION 2: MEDICAL EMPLOYER

MEDICAL EMPLOYER FILLS OUT THIS SECTION AFTER APPLICANT FILLS OUT SECTION 1.

MEDICAL EMPLOYER INFORMATION:

Please fill out the section below stating:

I certify that _____ [employee's name] works at _____ [hospital or medical office] and this employee is required to travel for on-call work shifts, qualifying them for low bridge access.

Return this signed form to the applicant.

PRINT OR TYPE Name of Employer Filling out Section 2 (<i>Last, First, Middle Initial</i>)				
Job Title/Role at Medical Employer Institution (<i>HR/CTR/Other</i>)				
Office Address (<i>PO Box or street address and building/suite number, if applicable</i>)		City	State	ZIP Code
Office (Area code) Daytime Phone	Email Address			

ANSWER THE FOLLOWING:

I certify that the employee listed in Section 1 above responds to on-call work shifts at hospital or medical office listed in Section 1 above and they are an employee required to travel for on-call work shifts qualifying them for low bridge access.

Date and Place (City/County) Signed:

X

Employer signs here (HR representative or other medical institution administrative representative authorized to provide this information)



Seattle
Department of
Transportation