



អ្នកផ្តល់សេវាលក្ខណៈបុគ្គល

ការបណ្តុះបណ្តាល និង ការកែតម្រូវព័ត៌មានផ្ទៀងផ្ទាត់

អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យមើលជម្រើសមួយ ឬច្រើនខាងក្រោម (សំណើដាច់ដោយឡែកគឺចាំបាច់សម្រាប់នីមួយៗ)៖

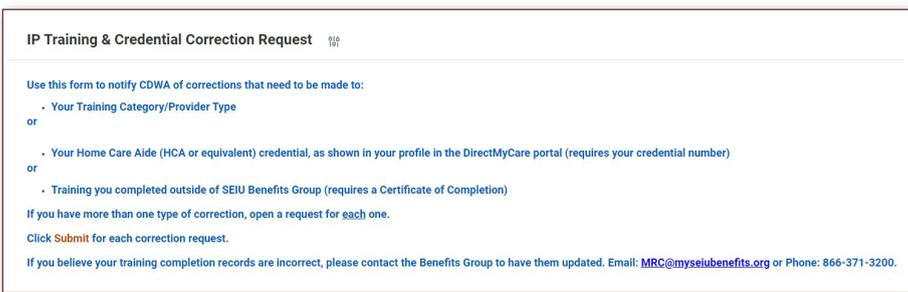
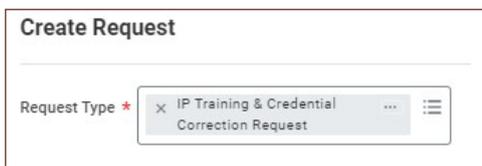
- ការបញ្ចប់ Continuing Education (ការអប់រំបន្ត)
- ប្រភេទបណ្តុះបណ្តាល/ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក
- ព័ត៌មានសំខាន់នៃការថែទាំតាមផ្ទះ (HCA) របស់អ្នក (ឬសមមូល) ដូចដែលបានបង្ហាញនៅលើកម្រងព័ត៌មានរបស់អ្នកនៅក្នុងវិបផលិតផល DirectMyCare
- ការបណ្តុះបណ្តាលដែលអ្នកបានបញ្ចប់នៅខាងក្រៅ SEIU 775 Benefits Group។

ប្រសិនបើអ្នកមានការកែតម្រូវច្រើនជាងមួយប្រភេទ សូមបើកសំណើសម្រាប់ប្រភេទនីមួយៗ។ កុំភ្លេចចុច **Submit** (ដាក់បញ្ជូន) សម្រាប់សំណើនីមួយៗ។

ដើម្បីស្នើសុំការកែតម្រូវការបណ្តុះបណ្តាល

1. ចូលគណនីទៅក្នុងវិបផលិតផល [DirectMyCare](#)របស់ CDWA។
2. ពីអេក្រង់ My Dashboard របស់ខ្ញុំ សូមចុចប៊ូតុង **Workday** ដើម្បីទៅកាន់គេហទំព័រ Workday របស់អ្នក។
*ប្រសិនបើអ្នកចូលដល់ទំព័រចូលគណនីហើយ សូមបញ្ចូលឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ និងពាក្យសម្ងាត់ដូចគ្នាដូចដែលធ្លាប់ប្រើដើម្បីចូលទៅក្នុង [វិបផលិតផល DirectMyCare](#)។
3. ទៅកាន់របាយការណ៍ស្វែងរកនៅផ្នែកខាងលើនៃអេក្រង់ ហើយវាយបញ្ចូលពាក្យស្នើសុំបង្កើត។
4. នៅក្នុងផ្ទាំង Create Request (បង្កើតសំណើ) ដែលលោតឡើង សូមប្រើមុខសញ្ញាចុះដើម្បីជ្រើសរើស **All (ទាំងអស់)**។ បន្ទាប់មកជ្រើសរើស **IP Training and Credential Request** (ការបណ្តុះបណ្តាល IP និងសំណើសុំការបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ)។
5. **Request (ការបណ្តុះបណ្តាល IP និងសំណើសុំការបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ)**។

**មានការណែនាំមានប្រយោជន៍នៅលើអេក្រង់។ ពិនិត្យមើលចំណុចទាំងនេះមុននឹងបំពេញចន្លោះបំពេញទាំងអស់សម្រាប់កិច្ចការ (រូប 01)។



6. ចុច **OK (យល់ព្រម)**
7. បំពេញចន្លោះបំពេញដែលចាំបាច់ទាំងអស់។
8. បញ្ចូលលេខសម្គាល់ខ្លួន (ID) របស់អ្នក។

Enter your 9-digit ProviderOne ID or 7-digit CDWA Person ID (Required)

9. បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទនៅថ្ងៃនេះ។

10. ជ្រើសរើសប្រភេទនៃការកែតម្រូវដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។



រូប. 1

20230825 | បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

ការបញ្ចប់ Continuing Education (ការអប់រំបន្ត)

អាចទទួលបានការអប់រំបន្តពី SEIU 775 Benefits Group ឬកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត។ ប្រសិនបើអ្នកបានបញ្ចប់ Continuing Education (ការអប់រំបន្ត) របស់អ្នកតាមរយៈកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត អ្នកត្រូវតែបញ្ជូនវិញ្ញាបនបត្របញ្ចប់ការសិក្សារបស់អ្នក។

វាយបញ្ចូលការពណ៌នាអំពីព័ត៌មានកំណត់ត្រា Continuing Education (ការអប់រំបន្ត) ដែលអ្នកចង់ពិនិត្យ។

Continuing Education Completion (Attachment optional)

Drop files here

Select files

Supporting Information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here. (Required)

ប្រភេទបណ្តុះបណ្តាល/ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវា

ជ្រើសរើសជម្រើសមួយដែលស័ក្តិសមបំផុតនឹងប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកជំងឺច្រើនជាងមួយ អ្នកអាចជ្រើសរើសច្រើនជាងមួយ អាស្រ័យលើក្តីនាទីរបស់អ្នក។ (រូប. 02) នៅក្នុងប្រអប់ព័ត៌មានជំនួយ សូមវាយឈ្មោះអ្នកជំងឺរបស់អ្នកនីមួយៗ និង **លេខសម្គាល់ខ្លួន (ID) ProviderOne** របស់ពួកគេ

Supporting Information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here. (Required)

- Standard HCA
- Adult Child Provider
- Limited Service Provider
- DDA Parent Provider
- Respite Provider
- Spouse/Registered Domestic Partner
- Family Provider

(រូប. 02)

HCA ឬការបញ្ជាក់ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត

វាយបញ្ចូលប្រភេទលិខិតបញ្ជាក់ និងលេខរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានបញ្ជាក់ OSPI ទាមទារឯកសារភ្ជាប់នៃវិញ្ញាបនបត្ររបស់អ្នក។ CDWA នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់វិញ្ញាបនបត្ររបស់អ្នក។

HCA or Other Qualifying Credential

Enter your Credential TYPE and NUMBER.

If you selected OSPI (Office of Superintendent of Public Instruction), you must attach a copy of your certification below.

វាយបញ្ចូលការពណ៌នាខ្លីនៃសំណើរបស់អ្នក។

Supporting Information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here. (Required)

ការផ្ទេរការបណ្តុះបណ្តាល

អាចទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រនៃការបញ្ចប់ការសិក្សារបស់អ្នក។

Upload your Certificate of Completion (Required)

Drop files here

or

Select files

វាយបញ្ចូលការពណ៌នាខ្លីនៃសំណើរបស់អ្នក។

Supporting Information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here. (Required)

11. បំពេញការបញ្ជាក់ហើយចុច Submit (ដាក់បញ្ជូន)។

I certify the above information is true and accurate to the best of my knowledge. Additionally, I attest that the document attached supports my request for correction. (Required)

CDWA will respond within 7 business days with an approval, denial, or additional questions. (Required)

Yes

No (Click Cancel to exit this request without submitting)

Submit Save for Later Cancel

a. CDWA នឹងឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការទាក់ទងនឹងការអនុញ្ញាត ការបដិសេធ ឬសំណួរបន្ថែម។

20230825