Washington State Department of Social & Health Services

သဘောတူညီချက်
CONSENT

အသုံးပြုကြသူတို့ကိုသတိပေးချက်–လူမှုရေးနှင့်ကျန်မာရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာန(DSHS) သည် သင် နှင့် သင့်မိသားစုကို သိကြသည့် အေဂျင်စီများ နှင့် ကျွမ်းကျင်ကြသူတို့နှင့် လက်တွဲလုပ်ကိုင် နိုင်မည်ဆိုပါက သင့်ကိုပိုပြီးကောင်းမွန်စွာ ကူညီပေးနိုင်ပါမည်။ လက်ရှိပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးပေးခြင်းဖြင့် သင် သည် DSHS နှင့် အောက်ဖေါ်ပြပါ အေဂျင်စီများနှင့်ပုဂ္ဂိုလ်များအား သင်နှင့်ဆိုင်ရာ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များကို မျှသုံးခွင့်ပေးလိုက်ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ယခုပုံစံကို သင်လက်မှတ်မထိုးပါက၊ သင်ဆက်ပြီး ခံစားခွင့်များရသင့်မသင့် ဆုံးဖြတ်ရေးအတွက် သင်၏ သဘောတူညီချက်ကို ရယူရန်သာမလိုပါက၊ DSHS သည် သင်၏ ရပိုင်ခွင့်များကို ငြင်းပယ်မည်မဟုတ်ပါ။ လက်ရှိပုံစံများကို သင်လက်မှတ် မထိုးပါက DSHS သည် ဥပဒေကခွင့်ပြုထားသည့် အချက်အလက်များကိုသာ မျှပေးနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုသူ၏ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များ ကို DSHS မှမျှပေးခြင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် သင့်ပုဂ္ဂိုလ်ရေးရပိုင်ခွင့်များ အကြောင်း မေးခွန်းရှိပါက DSHS ၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးလွတ်လပ်ခွင့်များ အကြောင်း သတိပေးချက်ကို လေ့လာပါ သို့မဟုတ် ယခုပုံစံ လာပေးသူကို မေးမြန်းကြည့်ပါ။

အသုံးပြုသူကိုသတ်မှတ်ခြင်း

အမည်	မွေးနေ့	မှတ်ပုံတင်အမှတ်	
လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စာတိုက်အမှတ်
ဖုန်းနံပါတ်(ဒေသကိုဒ်ထည့်ပါ)	တခြားအချက်အလက်များ		

သဘောတူညီချက်

ကျွန်ုပ်သည် မိမိဆိုင်ရာ DSHS ဌာနတွင်းရှိ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များကို မိမိအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ကုသမှု၊ ပေးချေစရာများ နဲ့ ရပိုင်ခွင့်များကို စီစဉ်ညှိနိုင်း ပေးရန် သို့မဟုတ် ဥပဒေက ခွင့်ပြုထားသည့် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုမှုကို သဘောတူပါသည်။ ၎င်းအပြင် အထက်ပါ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် DSHS နှင့် အောက်ဖေါ်ပြပါ အေဂျင်စီများ စီစဉ်ပေးကြသူများ နှင့်ပုဂ္ဂိုလ်များအား မိမိ၏ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမှုနှင့်ဖွင့်ပြမှုကိုပါ သဘောတူခွင့်ပြုလိုက်ပါသည်။ ယင်းအချက်အလက်များကို နှုတ် သို့မဟုတ် ကွန်ပျူတာမှတဆင့်ဖြစ်စေ၊ စာသို့မဟုတ် လက်ဖြင့်ဖြစ်စေ မျှပေးနိုင်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြုပြီး DSHS အပြင် ယခုသဘောတူညီချက်ထဲ အကျုံးဝင်ကြမည့် သူများကို အောက်မှာ ရေးမှတ်ပေးလျက် ၎င်းတို့ကိုအမည်များ နှင့် လိပ်စာများဖြင့် ဖေါ်ပြပေးပါ–

- ☐ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို စီမံပေးကြသူများ– ____________________
- ☐ စိတ်ရောဂါစောင့်ရှောက်မှုကို စီမံပေးကြသူများ– ____________________
- ☐ မူးယစ်ဆေးစွဲမှုဆိုင်ရာ စီမံပေးကြသူများ– ____________________
- ☐ DSHS က ကန်ထရိုက်ပေးထားသည့် စီမံပေးကြသူများ– ____________________
- ☐ အိမ်ယာ စီမံကိန်းများ– ____________________
- ☐ ကျောင်း ခရိုင်များ သို့မဟုတ် ကောလိပ်များ– ____________________
- ☐ ပြစ်ဒဏ်ခတ်ရေးဌာန– ____________________
- ☐ အလုပ်နေရာလုံခြုံရေးဌာန နှင့် ၎င်း၏အလုပ်နေရာစီစဉ်ရေး လုပ်ဖေါ်ကိုင်ဘက်များ– ____________________
- ☐ လူမှုလုံခြုံရေးဌာန နှင့် ကျန်ဖက်ဒရယ် အေဂျင်စီ– ____________________
- ☐ ပူးတွဲစာရင်းကိုကြည့်ပါ–
- ☐ တစ်ခြား–

အောက်ဖေါ်ပြပါ မှတ်တမ်းများ နှင့် အချက်အလက်များ မျှအသုံးပြုမှုကို ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုသဘောတူပါသည်– (အကျုံးဝင်သမျှကို မှတ်ပေးပါ)–

- ☐ ကျွန်ုပ်၏အသုံးပြုသူ မှတ်တမ်းများအားလုံး
- ☐ ပူးတွဲစာရင်းပါ မှတ်တမ်းများ
- ☐ အောက်ပါမှတ်တမ်းများကိုသာ
  - ☐ မိသားစု၊လူမှုရေးနှင့်အလုပ် သမိုင်း
  - ☐ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ
  - ☐ ဆေးကုမှု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်ရေး စီမံကိန်းများ
  - ☐ လစာ မှတ်တမ်းများ
  - ☐ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အကဲခတ်စစ်ဆေးချက်များ
  - ☐ ကျောင်း၊ ပညာရေး နှင့် သင်တန်းများ
  - ☐ တစ်ခြား (စာရင်း)–

ကျေးဇူးပြုပြီးသတိထားရန်– သင့်အသုံးပြုသူမှတ်တမ်းများထဲမှာ အောက်ပါအချက်အလက်တစုံတခု ပါဝင်ပါက၊ ၎င်းတို့ကိုပါ ထည့်သွင်းရေးအတွက် သင်သည် ယခုကဏ္ဍကိုပါ ဖြည့်ပေးရန် လိုပါမည်။

အောက်ဖေါ်ပြပါ မှတ်တမ်းများကိုပါ ပြသခွင့်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်က ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည် (အကျုံးဝင်သမျှကို မှတ်ပေးပါ)–

☐ စိတ်ရောဂါဆိုင်ရာ ☐ HIV/AIDS နှင့် STD စမ်းသပ်မှုရလဒ်များ၊ ရောဂါစူးစမ်းသတ်မှတ်မှု သို့မဟုတ် ကုသမှု ☐ မူးယစ်ဆေးဝါးစွဲမှု (CD) ဝန်ဆောင်မှုများ

- **ယခုသဘောတူညီချက်မှာ ☐ တစ်နှစ် ☐ DSHS ကမှတ်တမ်းများကို လိုအပ်သရွေ့ကာလ သို့မဟုတ် ☐ ______(ရက်စွဲ သို့မဟုတ် ဖြစ်ရပ်) အထိ အာဏာတည်မည်ဖြစ်ပါသည်။**
- **မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို စာရေးပြီး လက်ရှိသဘောတူချက်ကို ကျွန်ုပ်ရုပ်သိမ်းပိုင်ခွင့်ရှိသော်လည်း၊ ယင်းအချက်မှာ မျှပြီးသား အချက်အလက်များ ကို အကျုံးမဝင်နိုင်ပါ။**
- **ယခု သဘောတူညီချက်အရ မျှသုံးနိုင်သည့် မှတ်တမ်းများသည် DSHS ဆိုင်ရာ ဥပဒေများ၏ကာကွယ်မှုကို ဆက်မရရှိတော့ကြောင်း မိမိနားလည်ပါသည်။**
- **ယခုပုံစံ ၏ မိတ္တူတစ်စောင်မှာ မှတ်တမ်း မျှသုံးမှုကို ခွင့်ပြုရေးအတွက် တရားဝင်လုံလောက်ပါသည်။**

လက်မှတ်	ရက်စွဲ	အေဂျင်စီ အဆက်အသွယ်/အသိသက်သေ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
(လိုအပ်ပါက) မိဘသို့မဟုတ် တစ်ခြား ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်		ဖုန်းနံပါတ် (ဒေသကိုဒ်ထည့်ပေးပါ)	ရက်စွဲ

ကျွန်ုပ်သည် မှတ်တမ်းနှင့်သက်ဆိုင်သူမဟုတ်ပါ၊ ကျွန်ုပ်သည်လက်မှတ်ထိုးပိုင်ခွင့်(အထောက်အထားကို ပူးတွဲတင်ပြထားပါသည်) ရှိပါသည်။
☐ မိဘ ☐ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ(တရားရုံးအမိန့်တင်ပြပါ) ☐ ကိုယ်ရေးကိုယ်စားလှယ် ☐ တစ်ခြား

အချက်အလက်များ လက်ခံရယူကြသူများ အတွက် သတိပေးချက်– **ယခုမှတ်တမ်းများထဲမှာ HIV, STDs, သို့မဟုတ် AIDS ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါက၊ သုံးစွဲသူ၏ အထူးခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲနှင့် ပြသခွင့်မရှိပါ။** အသုံးပြုသူ **မူးယစ်ဆေးဝါး သို့မဟုတ် အရက် အလွဲသုံးစွဲမှု ရှိကြောင်း** အချက်အလက်ကို သင်တို့ရရှိထားပါက 42 CFR 2.32 ၏တောင်းဆိုချက်နှင့်အညီ ရှေ့ဆက်ပြီး ပြသနိုင်ရန် အောက်ပါကြေညာချက်ကို ထည့်ပေးရပါမည်။

> ယခုအချက်အလက်များမှာ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ် နည်းဥပဒေများ (42 CFR အပိုင်း ၂) မှကာကွယ်ပေးထားသည့် အချက်အလက်များထဲမှယူ တင်ပြထားခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ဖက်ဒရယ်ဥပဒေများက သက်ဆိုင်ရာ ပုဂ္ဂိုလ်၏စာရေးသဘောတူညီချက် မရှိပါက သို့မဟုတ် 42 CFR အပိုင်း ၂ နှင့်အညီ ခွင့်ပြုထားခြင်း မဟုတ်ပါက ယင်းအချက်အလက်များ ဆက်ပြီးပြသမှုကို တားမြစ်ပါသည်။. ရောဂါများ သို့မဟုတ် တခြားအချက်အလက်များ ဆိုင်ရာ အထွေထွေခွင့်ပြုချက်မှာ ယခုရည်ရွယ်ချက်အတွက် မလုံလောက်ပါ။ အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေး အလွဲသုံးစွဲခဲ့ကြသည့် လူနာများ၏အချက်အလက်များကို ရာဇဝတ်မှု စုံစမ်းရေး သို့မဟုတ် ရုံးတင်တရားစွဲရေး အတွက် တနည်းနည်းဖြင့် အသုံးပြုမှုကို ဖက်ဒရယ်ဥပဒေများက တားမြစ်ပါသည်။

သဘောတူညီချက်ပုံစံ ရေးဖြည့်ရန် ညွှန်ကြားချက်များ

ရည်ရွယ်ချက်– အသုံးပြုသူ တဦးနှင့်ပတ်သက်ပြီး (DSHS) အတွင်းမှာ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များကို တချိန်လုံးအသုံးပြုရန်လိုသည်အခါ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်လုပ်ငန်းများ ညှိနိုင်းရန် သို့မဟုတ် ဆေးကုသရန်၊ ငွေပေးရန် သို့မဟုတ် ဥပဒေက အသိအမှတ်ပြုထားသည့် တစ်ခြားရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ဖွင့်ပြရန် လိုသည့်အခါမှာ သဘောတူညီချက် ယူရန်လိုပါက ယခုပုံစံကို သင် အသုံးပြုပါ။ DSHS ထံမှ ခံစားခွင့်များ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိသူသည် အသုံးပြုသူဖြစ်ပါသည်။

အသုံးပြုပုံ– ဖြစ်နိုင်ပါက အလွယ်တကူ ဖတ်ရနိုင်အောင် ယခုပုံစံကို အီလက်ထရွန်းနစ်နည်းဖြင့် ဖြည့်ပါ။ **ကလေးများ အပါအဝင် လူတိုင်းအတွက် သီးခြားပုံစံ တစ်ခုစီဖြည့်ပေးရန် လိုပါသည်။** ညွှန်ကြားချက်များထဲက "သင်" ဟုသုံးရာတွင် DSHS ဝန်ထမ်းများကို ဆိုလိုခြင်းဖြစ်ကာ၊ ပုံစံထဲက "သင်" မှာမူ အသုံးပြုသူကို ရည်ညွှန်းပါသည်။ မှတ်တမ်းများကို မျှပေးခြင်းထဲတွင် အသုံးပြုသူတဦးဆိုင်ရာ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမှုနှင့်ဖွင့်ပြမှု အကျုံးဝင်ပါသည်။

ပုံစံ၏ကဏ္ဍများ–

<u>အသုံးပြုသူကိုသတ်မှတ်ခြင်း</u>

- <u>အမည်</u>– ပုံစံတစ်ခုမှာ အသုံးပြုသူတစ်ဦး၏အမည်ကိုသာ ထည့်ပါ။ ဝန်ဆောင်မှုများရယူစဉ် အသုံးပြုသူ အရင်တုံးက တစ်ခြားအမည် သုံးခဲ့သော် ဖေါ်ပြပေးပါ။

- <u>မွေးနေ့</u>– အမည်တူ တစ်ခြားသူများနှင့် ခွဲခြားသတ်မှတ်ရန်အတွက် လိုပါသည်။

- <u>မှတ်ပုံတင်အမှတ်</u>– အသုံးပြုသူကို ခွဲခြားသတ်မှတ်ရေးအတွက် မှတ်တမ်းများ ခွဲခြားရှာဖွေရေးအတွက် နှင့် သမိုင်းနောက်ကြောင်း နှင့် ရရှိထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများ ကို ဆန်းစစ်လေ့လာနိုင်ရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်အမှတ် သို့မဟုတ် လူမှုရေးလုံခြုံမှုအမှတ် (မပေးမနေရမဟုတ်ပါ) ကိုဖေါ်ပြပေးပါ။

- <u>လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ်</u>– အသုံးပြုသူကို ရှာဖွေရာတွင် သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ရာတွင် အထောက်အကူပြုမည့် အချက်ဖြစ်ပါသည်။

- <u>တစ်ခြား</u>– ယခုနေရာမှာ DSHS ပါဝင်ဝန်ဆောင်မှုအခန်းကဏ္ဍဆိုင်ရာ၊ မိသားစုထဲပါဝင်ကြသူများ၏အမည်များဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် တစ်ခြား ဆက်စပ်ကြသည့် အချက်အလက်များဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ ရှာတွေ့ရေးကို ကူပေးနိုင်ကြသည့် အချက်များကို ထည့်သွင်းဖေါ်ပြပါ။

<u>သဘောတူညီချက် (အခွင့်အာဏာပေးခြင်း)</u>

- <u>မှတ်တမ်းများကို မျှသုံးနေကြသည့် အေဂျင်စီများနှင့်ပုဂ္ဂိုလ်များ</u>– အသုံးပြုသူက ယခုပုံစံကို ဖြည့်ပေးလိုက်မှုသည် DSHS တခုလုံးအတွင်းမှာ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များ အသုံးပြုမှုနှင့်မျှပေးမှုကို ခွင့်ပြုပါသည်။ DSHS သည်စာရင်းထဲပါကြသည့် အပြင်က အေဂျင်စီများ နှင့် ပုဂ္ဂိုလ်များ နှင့်ပါ လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များ ပေးယူနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ယင်းအေဂျင်စီများ နှင့် ကျွမ်းကျင်သူများ ကို သတ်မှတ်ရေးအတွက် ၎င်းတို့၏အမည်၊ လိပ်စာ သို့မဟုတ် တည်ရှိရာနေရာ တို့ကို ဖေါ်ပြပါ။ ထို့အပြင် သင်တို့သည် အချက်အလက်များ မျှပေးခွင့်ရှိကြသည့် နောက်ထပ် အေဂျင်စီ စာရင်းကိုပါ အသုံးပြုသူကို လက်မှတ်ထိုးစေလျက် တင်ပြနိုင်ပါသည်။

- <u>အကျုံးဝင်ကြသည့် အချက်အလက်များ</u>–ယခုသဘောတူခွင့်ပြုချက်ထဲ အကျုံးဝင်ကြသည့် မှတ်တမ်းများကို အသုံးပြုသူတို့က ထောက်ပြပေးရန်လိုပါသည်။ အသုံးပြုသူတို့သည် မှတ်တမ်းများ အားလုံးကိုခွင့်ပြုနိုင်ကြသလို ထည့်သွင်းဖေါ်ပြထားသည့် မှတ်တမ်းများကို ရက်စွဲ၊ပုံစံ သို့မဟုတ် မှတ်တမ်းဇာစ်မြစ် အလိုက် ကန့်သတ်နိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုသူက သဘောတူညီချက်ကို လက်မှတ်ထိုးမပေး သို့မဟုတ် မှတ်တမ်းကို ခွဲပြီးသတ်မှတ်မပေးသော်လည်း ဥပဒေက ခွင့်ပြုပါက ယင်းတို့ကိုမျှပေးခွင့် ရှိနေဦးမည်ဖြစ်ပါသည်။ အသုံးပြုသူအနေနှင့် လက်မှတ်ထိုးကို ထိုးပေးရမည့် မှတ်တမ်းများ ထည့်ဖေါ်ပြထားသည့် စာရင်းကို သင်တို့ပူးတွဲ တင်ပြနိုင်ကြပါသည်။ မှတ်တမ်းတစုံတခုထဲမှာ စိတ်ရောဂါဆိုင်ရာ (RCW 71.05.620), HIV/AIDS သို့မဟုတ် STD စမ်းသပ်ကုသမှုဆိုင်ရာ (RCW 70.24.105) သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် အရက် ဝန်ဆောင်မှုဆိုင်ရာ (42 CFR 2.31(a)(5)) အချက်များ ပါဝင်ကြပါက အသုံးပြုသူသည် ယင်းနေရာများကို အထူးမှတ်သားပေးလျက် ၎င်းတို့ကိုပါ မျှပေးခွင့်ပြုကြောင်း ထောက်ပြပေးရန်လိုပါသည်။ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) နှင့်အညီ ယခုပုံစံထဲ စိတ်ရောဂါကုသမှုဆိုင်ရာ မှတ်ချက်များ ထည့်ဖေါ်ပြမှု တရားမဝင်သောကြောင့် ယင်းမှတ်တမ်းများ ထည့်သွင်းရေးအတွက် သီးခြား ပုံစံဖြည့်ရန်လိုပါသည်။

- <u>သက်တမ်း</u>– သင့် စီမံကိန်းရည်ရွယ်ချက်များ နှင်အညီ သို့မဟုတ် ဥပဒေက တောင်းဆိုချက်နှင့်အညီ သဘောတူညီချက်သက်တမ်း ကုန်ဆုံးမည့် ကာလကို ထည့်ပေးပါ။

- <u>သဘာပေါက်နားလည်ခြင်း</u>– အသုံးပြုသူသည် မည်သို့သော ခွင့်ပြုချက်ကို ၎င်းက ပေးလိုက်ခြင်းဖြစ်ကြောင်း နှင့် အချက်အလက်များ ဘာဖြစ်လို့မျှပေးရန်လိုကြောင်းကို နားလည်သဘောပေါက်ကြောင်း သေချာရန်လိုပါသည်။ လိုအပ်ပါက ဘာသာပြန်ထားသည့်ပုံစံ သို့မဟုတ် စကားပြန်ကိုသုံးပါ၊ သို့မဟုတ် ပုံစံကို အသံကျယ်စွာဖြင့် ဖတ်ပြပါ။ အသုံးပြုသူသည် နောက်ထပ်သိရှိလိုပါက၊ DSHS ၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးလွတ်လပ်ခွင့်များ အကြောင်း သတိပေးချက်ကို ယူပေးပါ သို့မဟုတ် သင့်အဖွဲ့ဆိုင်ရာ ပြည်သူ့ အချက်အလက်များ ဖွင့်ထုတ်ရေး အရာရှိထံကို ညွှန်းပေးပါ။

<u>လက်မှတ်များ–</u>

- <u>အသုံးပြုသူ</u>–အသုံးပြုသူ သို့မဟုတ် ကလေးသည် နားလည် နိုင်သည့်အသက်ကိုပြည့်မီပါက (စိတ်ရောဂါ နှင့် မူးယစ်ဆေးဝါး နှင့် အရက်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်–၁၃ နှစ်၊ HIV/AIDS နှင့်တစ်ခြား STD များအတွက်–၁၄ နှစ်၊ ကလေးမွေးမှု ထိန်းချုပ်ရန် နှင့် ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချရန်အတွက်–မည်သည့်အရွယ်မှာမဆို၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု နှင့် ကျန်မှတ်တမ်းများအတွက်–၁၈ နှစ်) ယခုနေရာမှာ လက်မတ်ထိုးပြီး လက်မှတ်ထိုးသည့် ရက်စွဲကို ထည့်ပါ။ အသုံးပြုသူက ယခုနေရာမှာ တစုံတခု ရေးမှတ်ပေးပါက ယင်းအချက်ကို သင်က အသိသက်သေအဖြစ် လက်မှတ်ထိုးပေးရပါ့မည်။

- <u>အေဂျင်စီအဆက်အသွယ် သို့မဟုတ် သက်သေ</u>– သင်သည် အသုံးပြုသူကို ယခုပုံစံကို တင်ပြလျက် ရှင်းလင်းပြောပြသူဖြစ်ပါက ယခုနေရာမှာ လက်မှတ်ထိုးပါ။ကျေးဇူးပြုပြီး ဖုန်းနံပါတ်ကို ထည့်ပေးပါ။ အကယ်၍ အသုံးပြုသူသည် ရုံးနှင့်ဝေးသည့်နေရာမှာ လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြစ်ပါက သက်သေတယောက်ကို ယခု လေးထောင့်ကွက်ထဲမှာ လက်မှတ် ထိုးစေလျက် ၎င်း၏ဖုန်းနံပါတ်ကို ထည့်ပေးခိုင်းပါ။ အသုံးပြုသူလက်မှတ်ကို သက်သေခံအရာရှိ ကပါ သက်သေခံပေးနိုင်ပါသည်။

- <u>မိဘ သို့မဟုတ် တစ်ခြားကိုယ်စားပြုနိုင်သူ</u>– အသုံးပြုသူသည် နားလည်တတ်သည့် အရွယ် မရှိသေးပါက၊ မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်ထိုးရပါ့မည်။ အကယ်၍ ကလေးသည် မျှပေးရမည့် မှတ်တမ်းအားလုံးအတွက် အသက် မပြည့်မီသေးပါက၊ ကလေးရော မိဘပါ နှစ်ဦးစလုံး လက်မှတ်ထိုးရပါ့မည်။ အသုံးပြုသူမှာ တရားဝင် ဆုံးဖြတ်နိုင်စွမ်း မရှိသူဖြစ်ပါက တရားရုံးမှ ခန့်ထားသည့် အုပ်ထိန်းသူက လက်မှတ်ထိုးလျက် ခန့်စာ မိတ္တူကိုပါတင်ပြရပါ့မည်။ အကယ်၍ တယောက်ယောက်သည် တစ်ခြား ပုံစံဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြစ်ပါက (အထွေထွေလွှဲစားရှိသူ သို့မဟုတ် အမွေဆက်ပိုင်ခွင့်ရှိသူအဖြစ်)၊ တစ်ခြားဟု ရေးမှတ်ပေးလျက် ထိုသို့လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်း တရားဝင် အထောက်အထား မိတ္တူကို ယူပါ။ လက်မှတ်ထိုးသူသည် လက်မှတ် အနီးမှာ ရက်စွဲထည့်ပေးလျက် ဖုန်းနံပါတ် သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ရေး အချက်အလက်များကို ပေးရန်လိုပါသည်။