

## ຄວາມຍິນຍອມ CONSENT

ໃບຮ່າງການຕໍ່ລູກຄ້າ: ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກ (DSHS) ສາມາດຊ່ວຍທ່ານຕື່ມ ຖ້າພວກເຮົາສາມາດຮ່ວມກັບອົງການອື່ນໆ ແລະນັກວິຊາຊີບອື່ນໆ ທີ່ຮູ້ຈັກກັບທ່ານແລະຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ໂດຍການເຊັນໜັງສືຍິນຍອມນີ້, ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກ (DSHS) ແລະອົງການອື່ນໆ, ນັກວິຊາຊີບອື່ນໆ, ແລະຜູ້ທີ່ມີຊື່ຢູ່ລຸ່ມນີ້ ເພື່ອໃຊ້ແລະແຈກຢຽນຂ່າວຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບທ່ານ. ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກ (DSHS) ບໍ່ສາມາດປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆ ແກ່ທ່ານຖ້າທ່ານຫາກບໍ່ເຊັນໜັງສືຍິນຍອມນີ້ ເວັ້ນເສັ້ນແຕ່ການສົມຍອມຂອງທ່ານ ຫາກຕ້ອງການເພື່ອພິຈາລະນາເງື່ອນໄຂການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຫາກບໍ່ເຊັນໜັງສືຍິນຍອມນີ້, ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກ (DSHS) ຍັງອາດແຈກຢຽນຂ່າວຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບທ່ານໃນຂອບເຂດທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການທີ່ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກ (DSHS) ແລະປ່ຽນຂ່າວຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບທ່ານ ຫລືສິດທິສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນເວລາຕໍ່ມາ, ກະຮຸນາອ່ານເບິ່ງໃບຮ່າງການເຮືອງການປະຕິບັດຕໍ່ຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ຫລືຖາມຜູ້ທີ່ເອົາໜັງສືຍິນຍອມນີ້ໃຫ້ທ່ານ.

<b>ຂໍ້ມູນສູດບັງຄັບລູກຄ້າ:</b>			
ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກປະຈຳຕົວ	
ບ່ອນຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
ເລກໂທລະສັບ (ພ້ອມເອເຣັດໂຄດ)	ຂໍ້ມູນອື່ນ		

**ຄວາມສົມຍອມ:**

ຂ້າພະເຈົ້າສົມຍອມໃຫ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃນກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກເພື່ອວາງແຜນ, ອໍານວຍ, ແລະກໍາກັບບໍລິການ, ການຮັກສາພະຍາບານ, ການຈ່າຍເງິນ, ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆ ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆ ທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້. ນອກນີ້ຂ້າພະເຈົ້າຍັງອະນຸຍາດໃຫ້ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກແລະອົງການຕ່າງໆ ທີ່ຮະບຸຊື່ຢູ່ລຸ່ມນີ້, ຜູ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ຫລືບຸກຄົນເພື່ອໃຊ້ຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າແລະເປີດເຜີຍຕໍ່ກັບແລະກັນເພື່ອຈຸດປະສົງເຫລົ່ານີ້. ຂໍ້ມູນອາດແຈກຢຽນກັນທາງປາກເປົ່າຫລືດ້ວຍການໃຊ້ສະຕິທາງຄອມພິວເຕີ, ທາງໄປສະນີ, ຫລືສົ່ງດ້ວຍມືຕົນເອງ.

ກະຮຸນາໝາຍຢູ່ລຸ່ມນີ້ທັງໝົດວ່າ ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກ ແມ່ນໃບຮ່າງທີ່ຮວມຢູ່ໃນການສົມຍອມນີ້ ແລະພ້ອມທັງໃຊ້ປຶງຮາຍລະອຽດໂດຍບອກຊື່ແລະທີ່ຢູ່ດ້ວຍ.

ຜູ້ໃຫ້ການຮັກສາບໍລິການສຸຂະພາບຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ຜູ້ໃຫ້ການຮັກສາບໍລິການສຸຂະພາບຈິດຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ຜູ້ໃຫ້ການຮັກສາບໍລິການທູດຢາເສບຕິດຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການອື່ນໆທີ່ໄດ້ເຊັນສັນຍາຈ້າງກັບກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກ: \_\_\_\_\_

ພວກສັງຄົມຢູ່ໃນໂຄງການເຮືອນຫລວງ: \_\_\_\_\_

ພວກສັງຄົມຢູ່ໃນໝວດໂຮງຮຽນຫລືສະຖາບັນວິທະຍາໄລຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ພະແນກກັກຂັງຄົນໄທດ: \_\_\_\_\_

ພວກສັງຄົມຢູ່ໃນໂຄງການຮັບປະກັນວຽກງານພ້ອມທັງຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃນວົງການວຽກງານຕ່າງໆ: \_\_\_\_\_

ພວກສັງຄົມຢູ່ໃນໂຄງການຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພສັງຄົມພ້ອມທັງອົງການຮັຖບານກາງ: \_\_\_\_\_

ໃຫ້ເບິ່ງບັນຊີລາຍຊື່ທີ່ຕິດຂັດມາພ້ອມນີ້

ອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ອະນຸຍາດແລະສົມຍອມເພື່ອແຈກຢຽນເອກະສານແລະຂໍ້ມູນ (ໃຫ້ໝາຍຂໍ້ທີ່ກ່ຽວກັບທ່ານ):

ບັນທຶກເອກະສານທັງໝົດຂອງລູກຄ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ບັນທຶກເອກະສານທັງໝົດຕາມລາຍຊື່ທີ່ຕິດຂັດມາ

ພຽງແຕ່ບັນທຶກເອກະສານທີ່ກ່າວຢູ່ລຸ່ມນີ້:

<input type="checkbox"/> ບັນທຶກເອກະສານບັດຄອບຄົວ, ສັງຄົມ, ແລະວຽກງານ	<input type="checkbox"/> ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ	<input type="checkbox"/> ການປົນປົງຫລືແຜນຮັກສາດູແລ
<input type="checkbox"/> ບັນທຶກເອກະສານການຈ່າຍຫລືຮັບເງິນ	<input type="checkbox"/> ການທົດສອບສ່ວນບຸກຄົນ	<input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນ, ການສຶກສາ, ແລະການຝຶກອົບຮົມ
<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____		

ກະຮຸນາສັງເກດວ່າ: ຖ້າບັນທຶກເອກະສານຂອງລູກຄ້າຂອງທ່ານຮວມຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງຢູ່ລຸ່ມນີ້, ທ່ານຕ້ອງຕື່ມພາກສ່ວນນີ້ ເພື່ອຮວມເຖິງເອກະສານຕ່າງໆ.

ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ອະນຸຍາດເພື່ອເປີດເຜີຍເອກະສານຢູ່ລຸ່ມນີ້ (ໃຫ້ໝາຍຂໍ້ທີ່ກ່ຽວກັບທ່ານ):

ສຸຂະພາບຈິດ  ຜົນກວດສອບຕ່າງໆ, ກວດອາການ, ຫລືການປິ່ນປົວໂຮກເອັດເອັດໃນໂຮກເອັດແລະກາມະໂຮກ (HIV/AIDS ຫລື STD)  ການບໍລິການທູດຢາເສບຕິດຕ່າງໆ

- ການອະນຸຍາດນີ້ຈະມີອາຍຸໃຊ້ໄດ້ເຖິງ  ໜຶ່ງປີ  ດົນເທົ່າທີ່ກົມ DSHS ຕ້ອງການບັນທຶກ, ຫລື  ຈົນເຖິງ \_\_\_\_\_ (ວັນທີ ຫລື ເຫດການ).
- ການສົມຍອມນີ້ອາດຖອນຫລືຍົກເລີກທາງການອິດຮຽນຍາມໂດກໄດ້, ແຕ່ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ການແຈກຢຽນໄປແລ້ວ.
- ເອົາໃຈຢູ່ວ່າເອກະສານຕ່າງໆທີ່ແຈກຢາຍໄປນັ້ນບໍ່ຖືກຊົມກັນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍທີ່ໝາຍໃຊ້ກັບກົມ DSHS.
- ສໍາເນົາໜັງສືສະບັບນີ້ຖືວ່າໃຊ້ເປັນການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແບ່ງປັນບັນທຶກເອກະສານຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງອົງການຕິດຕໍ່ພະຍານ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າ (ຖ້າມີ)		ເລກໂທລະສັບ (ພ້ອມເອເຣັດໂຄດ)	ວັນທີ

ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນເຈົ້າຂອງເອກະສານ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຊັນໄດ້, ຍ້ອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ, (ໃຫ້ຕິດຂັດໃບອະນຸຍາດພ້ອມ).

ພໍ່ແມ່  ຜູ້ຊາລຕາມກົດໝາຍ (ໃຫ້ຕິດຂັດສ້າງສານພ້ອມ)  ຜູ້ຕາງໜ້າສ່ວນຕົວ  ອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

ຮ່າງການຕໍ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນ: ຖ້າບັນທຶກເອກະສານເຫລົ່ານີ້ຫາກບັນຈຸຂໍ້ມູນເຮືອງໂຮກເອັດເອັດ, ກາມະໂຮກ, ຫລືໂຮກເອັດ (HIV, STDs, ຫລືໂຮກເອັດ AIDS) ທ່ານບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນັ້ນຕໍ່ສ່ວນອື່ນໆໄດ້ ຍ້ອນວ່າມັນອາດຖອນຫລືຍົກເລີກທາງການອິດຮຽນຍາມໂດກໄດ້, ແຕ່ບໍ່ມີຜົນສະທ້ອນຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ການແຈກຢຽນໄປແລ້ວ.

ຂໍ້ມູນເຫລົ່ານີ້ໄດ້ເປີດເຜີຍຕໍ່ທ່ານຈາກບັນທຶກທີ່ປົກປ້ອງໂດຍກົດໝາຍການຮັກສາຄວາມລັບສ່ວນຕົວມາດຕະຖານ (42 CFR ພາກ 2). ກົດໝາຍຮັຖບານກາງທ້າມທ່ານເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້. ເວັ້ນເສັ້ນແຕ່ການເປີດເຜີຍ

ຫາກສະແດງອອກທາງການອິດຮຽນເພື່ອໃຫ້ຄໍາສົມຍອມແກ່ບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວພັນຫລືຕາມການອະນຸຍາດໃນກົດໝາຍມາດຕະຖານ 42 CFR ພາກ 2. ການອະນຸຍາດທີ່ໄປເພື່ອປ້ອງຂໍ້ມູນຂອງມູນຊົນຫລືຂໍ້ມູນອື່ນໆ ທີ່ບໍ່ພຽງພໍຕໍ່ຈຸດປະສົງນີ້. ກົດໝາຍຮັຖບານກາງໄດ້ເອົາຄຳຄັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງເພື່ອການສືບສວນລະດັບສັງຄົມໂທດຄົນໄຂ້ທີ່ຕິດເຫລົ່າຫລືຕິດຢາເສບຕິດ.

## ຄຳແນະນຳການຕື່ມໜັງສືສົມຍອມ

ວຽກປະສົງ: ໃຫ້ໃຊ້ຮ່າງໃບຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ເພື່ອທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄວາມສົມຍອມເພື່ອໃຊ້ຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງກັນກ່ຽວກັບລູກຄ້າຜູ້ໜຶ່ງພາຍໃນກົມ DSHS ຫລືເພື່ອເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນັ້ນແກ້ໄຂບັນຫາອື່ນໆເພື່ອກຳກັບການບໍ່ຮູ້ການຕ່າງໆ, ຫລືການປົນປົງ, ການຮັບຫລືຈ່າຍເງິນຫລືການດຳເນີນງານຂອງອົງການຫລືເພື່ອຈຸດປະສົງຢ່າງອື່ນທີ່ຮັບຮູ້ດ້ວຍກົດໝາຍ. ຄຳວ່າລູກຄ້າ ໝາຍເຖິງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຈາກກົມ DSHS ທົ່ວໄປ.

ວິທີໃຊ້: ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ໃຫ້ຕື່ມໃບອະນຸຍາດນີ້ໂດຍທາງອີເລັກໂທຣນິກ ເພື່ອໃຫ້ອ່ານງ່າຍ. ໜັງສືອະນຸຍາດດັ່ງກ່າວນີ້ຕ້ອງຕື່ມແຕ່ລະໃບແຍກກັນສະເພາະລູກຄ້າແຕ່ລະຄົນຊຶ່ງຮວມເຖິງເດັກນ້ອຍດ້ວຍ. ຄຳວ່າ “ທ່ານ” ໃນຄຳແນະນຳຕ່າງໆ, ໝາຍເຖິງພະນັກງານຂອງກົມ DSHS ແລະຄຳວ່າ “ທ່ານ” ໃນໃບຄຳຮ້ອງ, ໝາຍເຖິງລູກຄ້າ. ການແບ່ງປັນເອກະສານຮວມເຖິງການໃຊ້, ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນເຮືອງສ່ວນຕົວຂອງລູກຄ້າ.

ສ່ວນຕ່າງໆຂອງໃບຄຳຮ້ອງ:

### ການຊີ້ບັງລັກສນະ:

- ຊື່: ໃຫ້ຂຽນຊື່ຂອງລູກຄ້າແຕ່ຜູ້ດຽວທີ່ນັ້ນໃນໃບຄຳຮ້ອງແຕ່ລະໃບ. ຮວມເຖິງຊື່ອື່ນທີ່ອາດເຄີຍໄດ້ໃຊ້ເວລາຮັບການບໍ່ຮູ້ການຕ່າງໆ.
- ວັນເດືອນປີເກີດ: ເປັນສິ່ງຈຳເປັນເພື່ອຈຳແນກລູກຄ້າທີ່ອາດມີຊື່ຄ້າຍຄືກັນ.
- ເລກປະຈຳຕົວ: ໃຫ້ບອກເລກປະຈຳຕົວຫລືເລກຢັ້ງຢືນຢ່າງອື່ນ ເຊັ່ນເລກປະກັນສັງຄົມ(Social Security Number) (ບໍ່ບັງຄັບ) ເພື່ອຊ່ວຍຄົ້ນເອກະສານໄດ້ງ່າຍແລະຕິດຕາມປັດໄຈແລະການບໍ່ຮູ້ການຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບ.
- ບ່ອນຢູ່ແລະເລກໂທຣະສັບ: ເປັນຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ຈະຊ່ວຍໃນການຊອກຄົ້ນແລະຢັ້ງຢືນຫລືຕິດຕໍ່ກັບລູກຄ້າ.
- ອື່ນໆ: ໃຫ້ຮວມຕື່ມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໃສ່ຊ່ອງນີ້ທີ່ອາດຊ່ວຍເພື່ອຄົ້ນພົບເອກະສານ ຊຶ່ງອາດຮວມເຖິງພາກສ່ວນຂອງການບໍ່ຮູ້ການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບກົມ DSHS, ຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ, ຫລືຂໍ້ມູນທີ່ພົວພັນກັນຢ່າງອື່ນ.

### ຄວາມສົມຍອມ (ການອະນຸຍາດຕ່າງໆ):

- ອົງການຫລືບຸກຄົນທີ່ແລກປ່ຽນເອກະສານຕ່າງໆ: ລູກຄ້າຕື່ມໃບອະນຸຍາດນີ້ຢ່າງຄົບຖ້ວນແມ່ນອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ແລະແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນລັບສ່ວນຕົວພາຍໃນກົມ DSHS. ກົມ DSHS ສາມາດເປີດເຜີຍຕໍ່ແລະຮັບຂໍ້ມູນລັບສ່ວນຕົວຈາກອົງການຕ່າງໆ ຫລືບຸກຄົນພາຍນອກທີ່ມີຊື່ໃນບັນຊີ. ໃຫ້ຂໍ້ມູນຢັ້ງຢືນຢັງບອກອົງການຫລືບຸກຄົນຕ່າງໆດ້ວຍການບອກຊື່, ບອກບ່ອນຢູ່, ຫລືສະຖານທີ່ ຖ້າເປັນໄປໄດ້. ທ່ານຍັງອາດຕິດຮັດຮາຍຊື່ຂອງອົງການຕ່າງໆທີ່ໄດ້ອະນຸຍາດໃຫ້ແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນທີ່ລູກຄ້າຕ້ອງໄດ້ເຊັນຄືກັນ.
- ຂໍ້ມູນທີ່ກວມຮວມ: ລູກຄ້າຕ້ອງຢັງບອກວ່າບັນທຶກໃດທີ່ຮວມໃນການອະນຸຍາດ. ລູກຄ້າອາດອັດສຳເນົາເອກະສານຕຽມໄວ້ຜ່ອມ ຫລືອາດຈຳກັດເອກະສານດ້ວຍການລົງວັນທີ, ຊະນິດ ຫລືແຫລ່ງຂອງເອກະສານ. ຖ້າລູກຄ້າບໍ່ເຊັນໜັງສືອະນຸຍາດ ຫລືບໍ່ບອກສ່ວນສະເພາະຂອງເອກະສານ, ການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນແມ່ນອະນຸຍາດເຮັດໄດ້ ຖ້າຫາກກົດໝາຍອະນຸມັດ. ທ່ານອາດຕິດຮັດຮາຍຊື່ຂອງເອກະສານຕ່າງໆທີ່ຮັບອະນຸຍາດຊຶ່ງລູກຄ້າຈຳເປັນຕ້ອງລົງລາຍເຊັນຄືກັນ. ຖ້າເອກະສານໃດບັນຈຸຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈິດ (RCW 71.05.620), ການກວດຫລືພະຍາບານໂຮກເອຈໂອວີໂຮກເອດສ໌, ການໂຮກ (RCW 70.02.220), ຫລືການບໍ່ຮູ້ການຖືກຕື່ມແລະຢາເສບຕິດ (42 CFR 2.31(a)(5)), ລູກຄ້າຕ້ອງໝາຍຈຸດໃດໜຶ່ງໃນຈຳນວນນີ້ຢ່າງເຈາະຈົງເພື່ອແລກປ່ຽນເອກະສານ. ໜັງສືອະນຸຍາດນີ້ຈະຮວມບັນທຶກເຮືອງການບຳບັດສຸຂະພາບຈິດບໍ່ໄດ້ຕາມກົດໝາຍມາດຕຣາ 45 CFR 164.508 (b) (3) (ii) ແລະຕ້ອງຕື່ມໜັງສືອະນຸຍາດຕ່າງໆອີກເພື່ອຮວມເອົາເອກະສານເຫລົ່ານັ້ນເອົາມາ.
- ຊ່ວງໄລຍະເວລາ: ຮວມນີ້ໃບອະນຸຍາດໝົດອາຍຸໃນຈຸດປະສົງການບໍ່ຮູ້ການຕ່າງໆໃນໂຄງການຂອງທ່ານດັ່ງທີ່ອະນຸມັດຕາມກົດໝາຍ.
- ຄວາມເອົາໃຈ: ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າລູກຄ້າເອົາໃຈວ່າການອະນຸຍາດໃດທີ່ຖືກອະນຸມັດໃຫ້ແລະຂໍ້ມູນຈະຖືກແບ່ງປັນແລະໃຊ້ເຮັດຫຍັງເປັນຫຍັງຈຶ່ງແບ່ງປັນ. ຖ້າຈຳເປັນ ໃຫ້ຕິດຂັດໃບອະນຸຍາດທີ່ຖືກແປແລ້ວ ພ້ອມທັງນາຍພາສາຫລືອ່ານໜັງສືອະນຸຍາດໃຫ້. ຖ້າລູກຄ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ເອົາສຳນວນໜັງສືແຈ້ງການໃຫ້ຂໍ້ມູນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງກົມ DSHS ນັ້ນໃຫ້ ຫລືສະເນີລູກຄ້າໃຫ້ພົວພັນກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເຮືອງການເຜີຍເຮືອງສ່ວນຕົວໃຫ້ສາທາລະນະຊົນໃນໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ.

### ລາຍເຊັນຕ່າງໆ:

- ລູກຄ້າ: ໃຫ້ລູກຄ້າຫລືເດັກພິການສຽນອາຍຸຮັບອະນຸຍາດ (13 ປີ ສຳລັບການບໍ່ຮູ້ການດ້ານສຸຂະພາບຈິດພ້ອມບັນຫາຕິດເຫລົ້າແລະຢາເສບຕິດ, ອາຍຸ 14 ປີ ສຳລັບການບໍ່ຮູ້ການດ້ານໂຮກເອຈໂອວີໂຮກເອດສ໌ແລະການໂຮກອື່ນໆ, ບໍ່ຈຳກັດອາຍຸເຮືອງການຄຸມກຳເນີດແລະການແຕ່ງລູກ, 18 ປີ ສຳລັບການປະກັນໄພສຸຂະພາບແລະເອກະສານອື່ນໆ). ໃຫ້ເຊັນຢູ່ຊ່ອງນີ້ແລະໃຫ້ລົງວັນທີທີ່ເຊັນ. ລູກຄ້າອາດແທນການໝາຍໃນຊ່ອງລາຍເຊັນທີ່ທ່ານເປັນພະຍານ.
- ການຕິດຕໍ່ກັບອົງການ ຫລື ພະຍານ: ທ່ານຈະຕ້ອງເຊັນຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ສະເໜີຫລືອະທິບາຍໜັງສືນີ້ໃຫ້ລູກຄ້າ. ກະຊວງບອກເລກໂທຣະສັບຂອງທ່ານໄວ້ນຳ. ຖ້າລູກຄ້າຈະເຊັນໜັງສືຮ່າງຈາກສະຖານທີ່ທຸຣະກິດ, ໃຫ້ແນະນຳໃຫ້ລູກຄ້າບອກໃຫ້ພະຍານເຊັນຊື່ໃນຫ້ອງນີ້ ແລະບອກເລກໂທຣະສັບໄວ້ຜ່ອມ. ລາຍເຊັນປະທັບຕຣາເພື່ອສາທາລະນະໃຊ້ເປັນພະຍານໃນການເຊັນຊື່ຂອງລູກຄ້າໄດ້ຄືກັນ.
- ພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າອື່ນ: ຖ້າລູກຄ້າເປັນເດັກທີ່ຕ່ຳກວ່າອາຍຸໃຫ້ການສົມຍອມ, ພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ປົກຄອງຕ້ອງເຊັນຊື່. ຖ້າເດັກບໍ່ມີອາຍຸຖືກຕາມເງື່ອນໄຂການໃຫ້ຄວາມສົມຍອມເພື່ອແບ່ງປັນເອກະສານຕ່າງໆ, ທັງສອງຄົນ ເດັກພ້ອມທັງພໍ່ແມ່ຕ້ອງເຊັນ. ຖ້າເດັກຫາກຖືກແຈ້ງຕາມກົດໝາຍວ່າບໍ່ມີສະມັດຕະພາບ, ຜູ້ຄຸ້ມຄອງທີ່ຖືກສານແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ຕ້ອງໄດ້ເຊັນ ແລະພ້ອມທັງຢືນຄຳສັ່ງທີ່ສານແຕ່ງຕັ້ງຜ່ອມ. ຖ້າຜູ້ໃດຫາກເຊັນຊື່ໃນຮູບການອື່ນ (ຮວມຜູ້ທີ່ມີອຳນາດທະນາຍຄວາມ, ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າທາງສົມບັດທິດນ), ໃຫ້ໝາຍວ່າ “ຜູ້ອື່ນ” ແລະໃຫ້ເອົາສຳເນົາໜັງສືຢັ້ງຢືນການມີອຳນາດໃຫ້ເຮັດໄດ້. ຜູ້ທີ່ເຊັນ ຕ້ອງລົງວັນທີກັບລາຍເຊັນແລະໃຫ້ເລກໂທຣະສັບຫລືຂ່າວຂໍ້ມູນເພື່ອການຕິດຕໍ່.