DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION

ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງລູກຄ້າ

ມາຍັງ:

ບັນທຶກຂອງພວກເຮົາຊີ້ບອກว่าທ່ານໄດ້ຖືກຊື້ຕົວว่าເປັນ _____
ຜູ້ປົກຄອງຫລືອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມທີ່ໃຊ້ການໄດ້ຣະຍະຍາວ (DPOA) ສຳລັບການຕັດສິນໃຈໃນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ.ຂ້າພະເຈົ້າຂຽນຫນັງສືມາຫາເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາໃບໂກປີຂອງຄຳສັ່ງຂອງສານໃບປັດຈຸບັນຫລືເອກສານ DPOA ຊຶ່ງຈະພິສູດບົດບາດຂອງທ່ານ.ຜະແນກ DDA ໄດ້ຖືກບົ່ງໃຫ້ພິສູດສະພາບຂອງການເປັນຜູ້ປົກຄອງຫລື DPOA ກ່ອນທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ຄົນໃດຄົນນຶ່ງນອກຈາກລູກຄ້າເອງທີ່ຈະຍິນຍອມຕໍ່ການປິ່ນປົວ.ມັນສຳຄັນທີ່ພວກເຮົາຈະຕ້ອງມີເອກສານອັນນີ້ກ່ອນການຕີຣາຄາປະເມີນຜົນເທື່ອຕໍ່ໄປຂອງ
_____ . ຖ້າຫາກว่าທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດ,
ຊື່ຂອງລູກຄ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຕິດຕໍ່ມາຫາໄດ້ທີ່ເລກ _____ ໂທ
ເລກໂທຣະສັບ

ກະຣຸນາສົ່ງໃບຄຳສັ່ງສານໃບປັດຈຸບັນຫລືເອກສານຂອງ DPOA ມາໃຫ້ຫ້ອງການ DDA ທີ່ຖືກບົ່ງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຂອບໃຈ.

_____
ຊື່ແລະຫນ້າທີ່ຂອງຜູ້ຈັດການຊ່ວຍເຫລືອເອກສານ

** បានចម្លងជូន ៖** ບັນທຶກຂອງລູກຄ້າ

INSTRUCTIONS

When do I send this form to the legal representative?

You send this form when an individual has been identified as the legal representative for your client and you do not have a current copy of the guardianship or DPOA for healthcare document in your client's file.