Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

သဘောတူညီချက်
Consent

အသုံးပြုသူများအတွက် အသိပေးစာ: သင်နှင့် သင်မိသားစုဖြင့် ရင်းနှီးသော အခြား ကိုယ်စားလှယ်များ၊ ပရော်ဖက်ရှင်နယ်များဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ ပူးတွဲလုပ်ကိုင်နိုင်ပါက လူ လူမှုရေးနှင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်ပေးမှု ဦးစီးဌာန (DSHS) မှ သင့်အား ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်း ဖြင့် သင်၏ ကိုယ်ပိုင်အချက် အလက်များကို DSHS၊ ကိုယ်စားလှယ်များနှင့် အောက်ဖော်ပြပါ စာရင်းတွင် ပါရှိသော တစ်ဦးချင်းစီတိုင်း အား အသုံးပြုနိုင်ရန်နှင့် မျှဝေနိုင်ရန် ခွင့်ပြုလိုက်ခြင်း ဖြစ်သည်။ သင်၏ သဘ သဘောတူညီချက်သည် သင်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် လိုအပ်သည်မှ တပါး ဤလျှောက်လွှာတွင် လက်မှတ် မရေးထိုးသည့်အတွက် DSHS မှ သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရုတ်သိမ်းခွင့် မရှိပါ။ သင်သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် လက်မှတ်မရေးထိုးသော်လည်း ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသည့် အတိုင်းအတာအထိ DSHSမှ သင်၏ အချက်အလက်များကို မျှဝေနိုင်ဆဲ ဖြစ်သည်။ DSHS မှ အသုံးပြုသူများ၏ ကိုယ်ပိုင်အချက်အလက်များကို မည့်ကဲ့သို့ မျှဝေသည်နှင့် ပတ်သက်၍ သို့မဟုတ် သင်၏ ကိုယ်ပိုင် အချက်အလက် ထိန်းသိမ်းနိုင်မှု အခ အခွင့်အရေးနှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ DSHS ကိုယ်ပိုင်အချက်အလက်များ ထိန်းသိမ်းကျင့်သုံးမှု အသိပေးဌာန သို့မဟုတ် သင့်အား ဤလျှောက်လွှာပေးသူဖြင့် ဆွေးနွေးပါ။

အဖွဲ့ဝင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း:

အမည်		မွေးနေ့	မှတ်ပုံတင်နံပါတ်
နေရပ်လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ
တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (ဧရိယာကုဒ်ပါ ထည့်သွင်းပေးပါရန်)	အခြားအချက်အလက်များ		

သဘောတူညီချက်:

ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ပိုင်အချက်အလက်များကို DSHS အတွင်း အစီအစဉ်ချမှတ်ရန်၊ အကူအညီပေးရန်၊ ဝန်ဆောင်မှုများ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန်၊ ကုသမှုများပြုလုပ်ရန်၊ ငွေချေမှု များ ပြုလုပ်ရန်၊ ကျ ကျွန်ုပ်အား အကျိုးဖြစ်ထွန်းစေရန်နှင့် ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသော အခြားရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုခြင်းကို သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် DSHS နှင့် အောက်ဖော်ပြပါ စာရင်းတွင် ပါ ပါဝင်သည့် ကိုယ်စားလှယ်များ၊ ကူညီပေးသူများနှင့် ပုဂ္ဂိုလ်များကို အထက်ပါ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များကို အသုံးပြု ခြင်းနှင့် အခ အချင်းချင်းကြား မျှဝေခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို နှုတ်အားဖြင့်၊ ကွန်ပျူတာမှ အချက်အလက်များ လွှဲပြောင်းခြင်းအားဖြင့်၊ စာပို့ခြင်းအားဖြင့် သိ သို့မဟုတ် လူကိုယ်တိုင်ပေးခြင်းများဖြင့် မျှဝေနိုင်ပါသည်။

<u>ကျေးဇူးပြု၍ ဤသဘောတူညီမှုတွင် DSHS အပြင် မည်သူတို့ ပါဝင်ကြောင်းကို စစ်ဆေးပြီး ၎င်းတို့၏ အမည်နှင့် လိပ်စာများကို ခွဲခြားသတ်မှတ်ပါ :</u>

- ☐ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများ: ____________
- ☐ စိတ်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများ: ____________
- ☐ မူးရစ်ဆေးစွဲခြင်းအတွက် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ: ____________
- ☐ အခြားသော DSHSနှင့် သဘောတူညီထားသူများ: ____________
- ☐ အိမ်ရာ အစီအစဉ်များ: ____________
- ☐ ခရိုင်အတွင်းရှိကျောင်း သို့မဟုတ် ကောလိပ်: ____________
- ☐ အကျဉ်းသား ထိန်းသိမ်းရေး ဦးစီးဌာန: ____________
- ☐ အလုပ်အကိုင် လုံခြုံရေး ဦးစီးဌာနနှင့် ၎င်း၏ အလုပ်အကိုင် မိတ်ဖက်များ: ____________
- ☐ လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲမှုနှင့် အခြား ပြည်ထောင်စု ကိုယ်စားလှယ်ရုံးများ: ____________
- ☐ တွဲဖက်ထားသော စာရင်းကိုကြည့်ပါ။
- ☐ အခြား:

အောက်ဖော်ပြပါ မှတ်တမ်းများနှင့် အချက်အလက်များကို မျှဝေရန် သဘောတူ ခွင့်ပြုသည်။ (ခွင့်ပြုသည့်အချက်ကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ):

☐ ကျွန်ုပ်ဖောက်သည်၏ မှတ်တမ်းများ အားလုံး ☐ တွဲဖက်စာရင်းတွင် ပါရှိသော မှတ်တမ်းများ

☐ အောက်ဖော်ပြပါ မှတ်တမ်းများသာလျှင်

☐ မိသားစု၊ လူမှုရေးနှင့် အလုပ်အကိုင် ရာဇဝင်	☐ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အချက်အလက်	☐ ကုသမှု သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်ရေး အစီအစဉ်များ
☐ ငွေပေးချေမှု မှတ်တမ်းများ	☐ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အကဲဖြတ်မှုများ	☐ ကျောင်း၊ ပညာရေးနှင့် သင်တန်းများ
☐ အခြား(စာရင်း):		

ကျေးဇူးပြု၍ မှတ်သားပါ: သင်၏ အသုံးပြုသူ မှတ်တမ်းများတွင် အောက်ပါအချက်အလက်များထဲမှ တစ်ခု ပါဝင်ပါက ထိုမှတ်တမ်းများကို ပါဝင်စေရန် သင်လည်း ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်သည်။

အောက်ဖော်ပြပါ မှတ်တမ်းများ မျှဝေခြင်းကို ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုသည်။ (ခွင့်ပြုသည့်အချက်ကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ):

☐ စိတ်ကျန်းမာရေး ☐ HIV/AIDS နှင့် STD စစ်ဆေးမှု ရလဒ်များ၊ ရောဂါ သို့မဟုတ် ကုသမှု ☐ မူးရစ်ဆေးစွဲခြင်း

- **ဤသဘောတူညီမှုသည် ☐ တစ်နှစ် ☐ DSHS မှ မှတ်တမ်းများ လိုအပ်သည့်အချိန်အထိ သို့မဟုတ် ☐ ____________ (ရက် သို့မဟုတ် အခြေအနေ) မတိုင်မီအထိ အကျုံးဝင်သည်။**
- **ကျွန်ုပ်သည် အချိန်မရွေး ဤသဘောတူညီမှုကို ရုတ်သိမ်း သို့မဟုတ် ရုတ်သိမ်းရန်အလို့ငှာ ဆောင်ရွက်နိုင်သည်။ သို့သော် ၎င်းသည် မျှဝေခဲ့ပြီးသော အချက်အလက်များပေါ်တွင် သက်ရောက်မှု မရှိပါ။**
- **ဤသဘောတူညီမှုအောက်တွင် မျှဝေခဲ့သော မှတ်တမ်းများသည် DSHS လိုက်နာရမည့် ဥပဒေများ အောက်တွင် ကာကွယ်ပေးမှု မရှိတော့ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်သည်။**
- **ဤလျှောက်လွှာ၏ မိတ္တူသည် ကျွန်ုပ်၏ မှတ်တမ်းများ မျှဝေရန် ခွင့်ပြုခြင်းအတွက် အကျုံးဝင်သည်။**

လက်မှတ်	ရက်စွဲ	ဆက်သွယ်နိုင်သည့် ကိုယ်စားလှယ်/သက်သေ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
မိဘ သို့မဟုတ် အခြားဆွေမျိုး၏ လက်မှတ် (အသုံးပြုနိုင်ပါက)		တယ်လီဖုန်းနံပါတ် (ဧရိယာကုဒ်ပါ ထည့်သွင်းပေးပါရန်)	ရက်စွဲ

ကျွန်ုပ်သည် မှတ်တမ်းများတွင် ပါဝင်သည့်လူမဟုတ်သော်လည်း ခွင့်ပြုရန် လက်မှတ်ရေးထိုးနိုင်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် ……… ဖြစ်သည် - (ခွင့်ပြုနိုင်ကြောင်း သက်သေကို ပူးတွဲ ဖော်ပြပါ)

☐ မိဘ ☐ တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ (တရားရုံး ခွင့်ပြုချက်ကို ပူးတွဲဖော်ပြပါ) ☐ ပုဂ္ဂိုလ်ရေး ကိုယ်စားလှယ် ☐ အခြား:

<u>အချက်အလက် လက်ခံသူများအတွက် အသိပေးစာ:</u> **ဤမှတ်တမ်းများတွင် HIV, STDs နှင့် AIDS အကြောင်း အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါက အသုံးပြုသူ၏ အထူး ခွင့်ပြုချက် မပါရှိဘဲ ထိုအချက်အလက်များကို ဆက်လက် မှ မျှဝေခွင့် မရှိပါ။** သင်သည် အသုံးပြုသူ၏ **မူးယစ်ဆေး သို့မဟုတ် အရက်စွဲမှု**နှင့် ဆိုင်သော အချက်အလက်များကို လက်ခံရရှိခဲ့ပြီး ထိုအချက်အလက်များကို ထပ်မံမျှဝေသောအခါ 42 CFR 2.32 အရ လိုအပ်သည့် အောက်ပါဖော်ပြချက်ကို ပါဝင်ရမည်။ :

ဤအချက်အလက်ကို ပြည်ထောင်စု လျှို့ဝှက်မှု ဥပဒေများ (42 CFR part 2)မှ ကာကွယ်ပေးထားသည့် မှတ်တမ်းများမှ သင့်ထံသို့ မျှဝေခြင်း ဖြစ်သည်။ ထိုပြည်ထောင်စု

> ဥပဒေသည် သက်ဆိုင်သော သူထံမှ မျှဝေနိုင်ကြောင်း စာရေးဖော်ပြထားသည့် ခွင့်ပြုချက် သို့မဟုတ် အပိုင်း 2 42 CFR ၏ ခွင့်ပြုချက်မပါဘဲ ဤအချက်အလက်အား ဆက်လက်မျှဝေခြင်းကို တားမြစ်သည်။ ယေဘုယျ ကြားခံ သိ သို့မဟုတ် အခြားအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ရန်ခွင့်ပြုခြင်းသည် ဤရည်ရွယ်ချက်အတွက် မလုံလောက်ပါ။ ပြည်ထောင်စု ဥပဒေသည် ဤအချက်အလက်များကို လူနာ၏ အရက်နှင့် ဆေးစွဲမှုအား ရာဇဝတ်မှု စံ စုံစမ်းစစ်ဆေးရန် သို့မဟုတ် တရားစွဲဆိုရန် အတွက် အသုံးပြုခြင်းကို တားမြစ်သည်။

သဘောတူညီမှု လျှောက်လွှာ ဖြည့်စွက်ရန် ညွှန်ကြားချက်များ

ရည်ရွယ်ချက်: အသုံးပြုသူ တစ်ယောက်၏ ကိုယ်ပိုင် ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အချက်အလက်များကို DSHS အတွင်း သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နိုင်ရန် အခြား ကို ကိုယ်စားလှယ်များအား အချက်အလက်မျှဝေခြင်း၊ ကုသမှု၊ ငွေချေမှု၊ ကိုယ်စားလှယ် လုပ်ငန်းလည်ပတ်ခြင်းများနှင့် အခြား ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသော ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် မျှဝေရန် သဘေ သဘောတူညီမှုကို ပေးလိုသည့်အခါ ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါ။ အသုံးပြုသူများသည် DSHS မှ အကျိုးကျေးဇူးများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနေကြသူများ ဖြစ်သည်။

အသုံးပြုခြင်း: ဖတ်ရန် လွယ်ကူစေခြင်းအလို့ငှာ လျှောက်လွှာအား စာရိုက်ဖြည့်စွက်ပါ။ **ကလေးများ အပါအဝင် လူတိုင်း သီးခြားလျှောက်လွှာ တစ်ခုကို ဖြည့်စွက်ရမည်။** ညွှန်ကြားချက်တွင် ပါဝင်သော " "သင်" သည် DSHS၏ အလုပ်သမားများကို ရည်ညွှန်းခြင်း ဖြစ်ပြီး လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသော "သင်"သည် အသုံးပြုသူအား ရည ရည်ညွှန်း ခြင်း ဖြစ်သည်။ မှတ်တမ်းများ မျှဝေခြင်းတွင် အသုံးပြုသူ၏ ကိုယ်ပိုင် ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအချက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ဖြန့်ဝေခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။

လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သော အပိုင်းများ:

<u>မှတ်ပုံတင်ခြင်း:</u>

- <u>အမည်:</u> လျှောက်လွှာတစ်ခုတွင် အသုံးပြုသူ တစ်ဦးတည်း၏ အမည်ကိုသာ ဖော်ပြပါ။ ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံနေစဉ်အတွင်း အသုံးပြုသူမှ အရင်သုံးခဲ့သည့် အမည်များ ရှိခဲ့လျှင် ဖော်ပြပေးပါ။
- <u>မွေးနေ့:</u> အခြား အမည်တူ အသုံးပြုသူများနှင့် ခွဲခြားသတ်မှတ်နိုင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။
- <u>မှတ်ပုံတင်နံပါတ်:</u> မှတ်တမ်းများ ခွဲခြားသတ်မှတ်ခြင်းနှင့် ရာဇဝင်နှင့် လက်ခံခဲ့သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ခြေရာခံရာတွင် အကူအညီဖြစ်စေရန် အသုံးပြုသူ၏ မှတ်ပုံတင်နံပါတ် သိ သို့မဟုတ် လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (မဖြစ်မနေ မလိုအပ်) ကဲ့သို့သော အခြားခွဲခြားသတ်မှတ်နိုင်သည့် တစ်ခုခုကို ပေးပါ။
- <u>နေရပ်လိပ်စာနှင့် တယ်လီဖုန်းနံပါတ်:</u> အသုံးပြုသူ၏ တည်နေရာအား သိရှိရန် နှင့် ခွ ခွဲခြားသတ်မှတ်ရန် သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ရန်တို့တွင် အကူအညီဖြစ်စေသည့် နောက်ထပ်သတင်းအချက်အလက်များ
- <u>အခြား:</u> ဤအပိုင်းတွင် ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်သည့် DSHS၏ အပိုင်းများ၊ မိသားစုဝင်များ၏ အမည်များ နှင့် အခြားဆက်စပ်သည့် အချက်အလက်များ အပါအဝင် မှ မှတ်တမ်းများအား တွေ့ရှိနိုင်သည့် မည်သည့် နောက်ဆက်တွဲ အချက်အလက်မဆို ပါဝင်သည်။

<u>သဘောတူညီမှု (ခွင့်ပြုခြင်း):</u>

- <u>ကိုယ်စားလှယ်များ သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂိုလ်များမှ မှတ်တမ်းများ လဲလှယ်ခြင်း:</u> အသုံးပြုသူမှ ဤလျှောက်လွှာအား ဖြည့်စွက်ခြင်းသည် DSHS အတွင်း ၎င်း၏ ကိုယ်ပိုင် ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန် နှင့် မျှဝေရန် ခွင့်ပြုခြင်း ဖြစ်သည်။ DSHS မှ စာရင်းတွင်ပါရှိသော အခြားပြင်ပ ကိုယ်စားလှယ်များ သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂိုလ်များဖြင့် ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အချက်အလက်များကို ဝေမျှနိုင်၊ လက်ခံနိုင်သည်။ ဖြစ်နိုင်ပါက အမည်၊ လိပ်စာနှင့် နေရာများ အပါအဝင် ကိုယ်စားလှယ်များနှင့် အကူအညီပေးသူများအား ခွဲခြားသတ်မှတ်နိုင်သည့် အချက်အလက်များကို ပေးပါ။ အခ အချက်အလက်များကို မျှဝေရန် အသုံးပြုသူထံမှ လက်မှတ်လိုအပ်သည့် အခြား ကိုယ်စားလှယ်များ စာရင်းကိုလည်း တွဲဖက်ဖော်ပြနိုင်ပါသည်။
- <u>ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များ:</u> အသုံးပြုသူများသည် သဘောတူညီမှုတွင် မည်သည့်မှတ်တမ်းများ ပါဝင်ကြောင်းကို ဖော်ပြရမည်။ အသ အသုံးပြုသူများသည် မှတ်တမ်းအားလုံးကို အသုံးပြုနိုင်ရန် ခွင့်ပြုနိုင်သကဲ့သို့ ရက်၊ အမျိုးအစား သို့မဟုတ် အရင်းအမြစ်များကို ကန့်သတ်ခြင်းဖြင့်လည်း ခွ ခွင့်ပြုနိုင်သည်။ အသုံးပြုသူသည် သဘောတူညီမှုတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းမရှိ သို့မဟုတ် မှတ်တမ်းကို အတိအကျ ဖော်ပြခြင်း မရှိပါက ဥပဒေမှ ခွ ခွင့်ပြုသည့် မှတ်တမ်း များကို မျှဝေသွားမည် ဖြစ်သည်။ သင်သည် အသုံးပြုသူမှ လက်မှတ်ထိုးရမည့် မှတ်တမ်းများ ပါဝင်သည့် စာရင်းကို တွဲဖက်ဖော်ပြနိုင်ပါသည်။ စိ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ဆက်စပ်နေသည့် အချက်အလက်များ (RCW 71.05.620)၊), HIV/AIDS သို့မဟုတ် STD စစ်ဆေးမှုများ သို့မဟုတ် ကုသမှုများ (RCW 70.02.220)၊ မူးယစ်ဆေးနှင့် အရက်ဖြတ်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ (42 CFR 2.31(a)(5)) ပါဝင်သည့် မည်သည့် မှတ်တမ်းမဆို အသ အသုံးပြုသူမှ ထိုမှတ်တမ်းများကို မျှဝေရန် ခွင့်ပြုချက်များကို အထူးမှတ်သားပေးရမည်။ ဤလျှောက်လွှာသည် 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) အောက်ရှိ စိတ်ရောဂါ ကုသမှုခံယူခြင်းအတွက် အက အကျုံးမဝင်ပါ။ ထိုမှတ်တမ်းများ ပါဝင်စေရန် အခြားသီးခြား လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို ဖြည့်စွက်ရမည်။
- <u>ကြာမြင့်ချိန်:</u> အစီအစဉ် ရည်ရွယ်ချက်များအား ဝန်ဆောင်ပေးနိုင်သည့် သို့မဟုတ် ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသည့် သဘောတူညီမှု ကုန်ဆုံးချိန်ကို ဖော်ပြပါ။
- <u>နားလည်သဘောပေါက်ခြင်း:</u> မည်သည့် ခွင့်ပြုချက်ကို ပေးလိုက်ကြောင်း၊ အချက်အလက်များကို မည်ကဲ့သို့ နှင့် မည်သည့်အတွက်ကြောင့် မျှဝေရ သည်ကို အသ အသုံးပြုသူ နားလည်စေရန် သေချာဆောင်ရွက်ပါ။ လိုအပ်ပါက ဘာသာပြန်ဆိုထားသည့် လျှောက်လွှာ နှင့် ဘာသာပြန်သူကို သုံးပါ သို့မဟုတ် ကျယ်ကျယ်ဖတ်ပါ။ အသ အသုံးပြုသူမှ ပိုမိုသော အချက်အလက်များကို လိုအပ်ပါက DSHS ကိုယ်ပိုင်အချက်အလက်များ ထိန်းသိမ်းကျင့်သုံးမှု အပို မိတ္တူတစ်စောင်ကို ပေးပါ။ သိ သို့မဟုတ် သင့်ယူနစ်အတွင်းရှိ အများပြည်သူ အချက်အလက် ဖော်ထုတ်ရေး အရာရှိနှင့် တွေ့ဆုံနိုင်ရန် အကြံပေးပါ။

<u>လက်မှတ်များ:</u>

- <u>အသုံးပြုသူ:</u> အသုံးပြုသူ သို့မဟုတ် သဘောတူညီနိုင်မှု အသက်ထက် ကျော်လွန်သော ကလေး (စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် မူးယစ်ဆေး နှင့် အရက်စွဲခြင်း အတွက် ကုသမှုခံယူနေရပါ 13 နှစ်၊ HIV/AIDS နှင့် အခြား STDs အတွက် 14 နှစ်၊ ကလေးတားဆေး နှင့် ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချမှု အတွက် မည်သည့် အသ အသက်အရွယ်မဆို၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုနှင့် အခြားမှတ်တမ်းများအတွက် 18 နှစ်) သည် ဤအ ဤအကွက်ထဲတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး လက်မှတ် ထိုးသည့်နေ့ကို ဖော်ပြပေးရမည်။ အသုံးပြုသူမှ သင်သက်သေခံသည့် အမှတ်အသားကို ဤအကွက်ထဲတွင် အစားထိုးမှတ်သားနိုင်သည်။
- <u>မျက်မြင်သက်သေ သို့မဟုတ် စာချုပ်စာတမ်း သက်သေခံ</u> : သင်သည် ဤပုံစံကို လူကိုယ်တိုင် မတင်လျှင် သို့မဟုတ် ပရိုဂရမ်က အတည်ပြုချက် တောင်းဆိုလျှင် သင်၏ အထောက်အထားကို အတည်ပြုရန် မျက်မြင်သက်သေ သို့မဟုတ် စာချုပ်စာတမ်း သက်သေခံတစ်ဦး လိုအပ်သည်။ ဤသူသည် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ အမည်ကို လက်မှတ်ထိုးပြီး ပုံနှိပ်သင့်သည်။
- <u>မိဘ သို့မဟုတ် အခြားဆွေမျိုး:</u> အသုံးပြုသူသည် သဘောတူညီမှု ပြုလုပ်ရန် အသက်မပြည့်ပါက မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူမှ လက်မှတ်ထိုးရမည်။ ကလေးငယ်သည် မျှဝေရမည့် မှ မှတ်တမ်းများအားလုံးအတွက် သဘောတူညီရန် အသက်မပြည့်ပါက ကလေးရော မိဘပါ လက်မှတ်ထိုးရမည်။ အသုံးပြုသူသည် တရားဝင် အရည်အချင်းကိုက်ညီခြင်း မရှိကြောင်း ေ ကြေညာခံထားရပါက တ တရားရုံးမှ အုပ်ထိန်းသူအား လက်မှတ်ထိုးရန် ညွှန်ကြားပြီး ညွှန်ကြားမှု အမိန့်ထုတ်ပြန်ခြင်း၏ မိတ္တူတစ်စောင်ကို ပေးမည်။ အခြားကွက်လပ်တွင် တစ်စုံတစ်ဦးမှ လက်မှတ်ထိုးပါက (ရှေ့နေ သိ သို့မဟုတ် တရားရုံးမှ ခွင့်ပြုသည့် စီမံခန့်ခွဲသူ အပါအဝင်) "အခြား" တွင် မှတ်သားပေးရမည်။ ထို့နောက် ဆောင်ရွက်ရန် တရားဝင် ခွင့်ပြုမှု မိတ္တူတစ်စောင်ကို ရယူရမည်။