

ការយល់ព្រម

CONSENT

សេចក្តីជូនដំណឹងដល់អតិថិជន៖ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសុខាភិបាល (DSHS) អាចជួយអ្នកបានកាន់តែប្រសើរឡើង បើយើងអាចមានលទ្ធភាពធ្វើការ ជាមួយទីភ្នាក់ងារឯទៀត។ និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈនានាដែលស្គាល់អ្នក និងត្រូវការរបស់អ្នក ។ ដោយចុះហត្ថលេខាក្នុងក្រដាសពាក្យនេះ គឺអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួង DSHS និងទីភ្នាក់ងារ និងបុគ្គលដែលមានរាយ ឈ្មោះខាងក្រោម ដើម្បីប្រើប្រាស់និងចែកចាយព័ត៌មានលាក់កម្រិតអ្នក ។ ក្រសួង DSHS មិនអាចបដិសេធដំនូលរបស់អ្នក បើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខានៅលើក្រដាសពាក្យនេះ លើកលែងតែការយល់ព្រមរបស់អ្នកត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ពីលក្ខណសម្បត្តិរបស់អ្នក ។ បើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាក្នុងក្រដាសពាក្យនេះទេ ក្រសួង DSHS អាចនាំតែចែកចាយព័ត៌មានអំពីអ្នក ទៅតាមទំហំរបស់ច្បាប់ដែលបានអនុញ្ញាតឱ្យ ។ បើអ្នកមានសំណួរឡើងវិញអំពីរបៀបដូចម្តេចដែលក្រសួង DSHS ចែកចាយព័ត៌មានលាក់កម្រិតរបស់អតិថិជន បសុទ្ធជាមួយរបស់អ្នក សូមអានក្រដាសព័ត៌មានសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តសិទ្ធិអតិថិជនរបស់ក្រសួង DSHS បសុទ្ធជាមួយដែលបានផ្តល់ក្រដាសពាក្យនេះដល់អ្នក ។

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|---------|
| លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អតិថិជន៖ | | | |
| ឈ្មោះ: | ថ្ងៃខែកំណើត | លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ | |
| អាសយដ្ឋាន | ក្រុង | រដ្ឋ | ស៊ីបខូដ |
| លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខតំបន់) | ព័ត៌មានផ្សេងទៀត | | |

ការយល់ព្រម:
ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានលាក់កម្រិតខ្ញុំនៅក្នុងក្រសួង DSHS ដើម្បីធ្វើផែនការ ផ្តល់និងសម្របសម្រួលសេវា ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ និងការរៀបចំផ្សេងៗសំរាប់ខ្ញុំ ដល់សម្រាប់គោលបំណងឯទៀតដែលបានអនុញ្ញាតឱ្យ ។ ខ្ញុំក៏នឹងផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ក្រសួង DSHS និងទីភ្នាក់ងារ អ្នកផ្តល់ការបម្រើ ឬជនដែលមានរាយឈ្មោះខាងក្រោមនេះ ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានលាក់កម្រិតរបស់ខ្ញុំ និងបញ្ជីប្រាក់បញ្ញើទៅវិញទៅមកសំរាប់គោលបំណងទាំងអស់នេះ ។ ព័ត៌មានទាំងអស់អាចត្រូវបានចែកចាយដោយផ្ទាល់មាត់ ឬដោយបញ្ជូនតាមទិន្នន័យកុំព្យូទ័រ តាមការផ្ញើសំបុត្រ ឬតាមការប្រគល់ជូនដោយផ្ទាល់ដៃ ។
សូមកុំស្កមយកឈ្មោះខាងក្រោមទាំងអស់ដែលបញ្ចូលទៅក្នុងការយល់ព្រមនេះបន្ថែមលើក្រសួង DSHS និងប្រាប់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់ពួកគេផង៖

- អ្នកផ្តល់ការបម្រើមើលថែទាំសុខភាព: _____
- អ្នកផ្តល់ការបម្រើមើលថែទាំសុខភាពផ្នែកភាពផ្លូវចិត្ត: _____
- អ្នកផ្តល់ការបម្រើផ្នែកកម្មវិធីព្យាបាលការញៀនជាតិគីមី: _____
- អ្នកផ្តល់ការបម្រើជំងឺទៀតដែលធ្វើកិច្ចសន្យាជាមួយក្រសួង DSHS: _____
- កម្មវិធីផ្នែកលំនៅដ្ឋាន: _____
- មណ្ឌលសិក្សាតំបន់ ឬហិរញ្ញវត្ថុ: _____
- ក្រសួងកែលម្អ: _____
- ក្រសួងសន្តិសុខការងារ និងភាគីការងាររបស់គេ: _____
- ទីភ្នាក់ងារការគ្រប់គ្រងសន្តិសុខសង្គម ឬទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធជាទៀត: _____
- ចូរមើលឈ្មោះក្នុងបញ្ជីដែលភ្ជាប់មកជាមួយ
- ផ្សេងទៀត: _____

ខ្ញុំអនុញ្ញាតនិងយល់ព្រមឱ្យចែកចាយឯកសារនិងព័ត៌មានដូចតទៅនេះ (ចូរកូសយកប្រអប់ទាំងឡាយដែលត្រូវសភាពការណ៍):

- គ្រប់ឯកសារអតិថិជនរបស់ខ្ញុំ
- ឯកសារទាំងអស់ដែលមានរាយនាមក្នុងបញ្ជីភ្ជាប់មកជាមួយនេះ
- គឺចំពោះតែឯកសារដែលលក្ខណសម្បត្តិខាងក្រោមនេះតែប៉ុណ្ណោះ:
 - ប្រវត្តិគ្រួសារ ប្រវត្តិសង្គមនិងប្រវត្តិការងារ
 - ឯកសារការបង់ប្រាក់
 - ផ្សេងៗ (រាយឈ្មោះ): _____
 - ព័ត៌មានការថែទាំសុខភាព
 - ការប៉ាន់ប្រមាណជាឯកត្តជន
 - ផែនការព្យាបាល ឬមើលថែទាំ
 - ព័ត៌មានសាលា ការសិក្សានិងហ្វឹកហ្វឺន

សូមកត់ត្រាចំណាំ: បើឯកសារអតិថិជនរបស់អ្នកមានបញ្ចូលនូវព័ត៌មានដូចតទៅនេះណាមួយ អ្នកត្រូវតែបំពេញព័ត៌មាននេះដើម្បីបញ្ចូលទៅក្នុងឯកសារទាំងអស់នោះផងដែរ ។
ខ្ញុំសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដើម្បីបញ្ចេញឯកសារដូចតទៅនេះ (ចូរកូសយកប្រអប់ទាំងឡាយដែលត្រូវសភាពការណ៍):

- សុខភាពផ្លូវចិត្ត
- លទ្ធផលការធ្វើតេស្ត HIV/AIDS (អេដស៍) និង STD (ជំងឺឆ្លងផ្លូវភេទ, រោគវិនិច្ឆ័យ, ឬការព្យាបាល)
- កំណត់ត្រាបញ្ជាក់ការប្រើប្រាស់សារធាតុស្រព្វកម្រិត (42 CFR ផ្នែក 2)

- ការយល់ព្រមនេះអាចប្រើការបាន រយៈពេលវែង រហូតដល់ពេលណា DSHS ត្រូវការឯកសារ ឬ រហូតដល់ _____ (ថ្ងៃខែឬព្រឹត្តិការណ៍)
- ខ្ញុំអាចដកយកប្រអប់បញ្ជីការយល់ព្រមនេះនៅពេលណាមួយក៏បានដោយសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរឬប្រើម៉ាស៊ីនចុះបញ្ជីដល់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានចែកចាយរួចទៅហើយទេ ។
- ខ្ញុំយល់ថា ឯកសារដែលបានចែកចាយនេះក្រោមការយល់ព្រមនេះ ប្រហែលមិនអាចការពារក្រោមច្បាប់របស់ក្រសួង DSHS ដែលបានប្រើនោះទេ ។
- ក្រដាសចម្លងពាក្យនេះគឺអាចយកជាការបាន ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែកចាយឯកសារ ។

| | | | |
|--|---------------|---|---------------|
| ហត្ថលេខា | ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ | ហត្ថលេខារបស់ការទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ/សាក្សី | ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ |
| ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំពួកម្តាយ ឬអ្នកគំណាងឯទៀត (បើមាន) | | លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខប្រចាំតំបន់) | |

បើខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកមានឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធីឯកសារទាំងនេះទេ ខ្ញុំត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យចុះហត្ថលេខា ពីព្រោះខ្ញុំជា: (សូមភ្ជាប់កម្រិតស្របច្បាប់)
 ឪពុកម្តាយ អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (គ្មានដីកាតុលាការ) អ្នកគំណាងបុគ្គលផ្ទាល់ខ្លួន ផ្សេងៗទៀត: _____

សេចក្តីជូនដំណឹងចំពោះអ្នកទទួលព័ត៌មាន: បើឯកសារទាំងអស់នេះមានព័ត៌មានអំពីការផ្ទុកមេរោគ HIV, STDs, ឬ AIDS, អ្នកប្រហែលមិនអាចបញ្ចេញ ព័ត៌មាននេះវែងឆ្ងាយ ទៀតដោយគ្មានការអនុញ្ញាតបញ្ជាក់យ៉ាងច្បាស់លាស់ពីអតិថិជនទេ ។ បើអ្នកបានទទួលព័ត៌មានដែលទាក់ទង នឹងផ្នែកបំពាន គ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹងដោយអតិថិជន អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលសេចក្តីថ្លែងដូចតទៅនេះ តាមលក្ខណសម្បត្តិបញ្ចេញព័ត៌មានបន្តតម្រូវដោយច្បាប់ 42 CFR 2.32:
 ព័ត៌មាននេះបានត្រូវបញ្ចេញទៅអ្នកពិនិត្យឯកសារដែលការពារដោយច្បាប់លាក់កម្រិតរបស់សហព័ន្ធ (42 CFR part 2) ។ ច្បាប់របស់សហព័ន្ធប្រឆាំងការបញ្ចេញព័ត៌មាន វែងឆ្ងាយទៀត លើកលែងតែការបញ្ចេញនេះមានការបង្ហាញពីការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរយល់ព្រមពីជនដែលជាប់ទាក់ទង ឬយ៉ាងទៀតមានការអនុញ្ញាត ដោយច្បាប់ 42 CFR part 2 ។ ការអនុញ្ញាតជាទូទៅសំរាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានផ្នែកពេទ្យប្រព័ន្ធព័ត៌មានឯទៀតគឺ មិនត្រូវគ្រាន់សំរាប់គោលបំណងនេះទេ ។
 ច្បាប់សហព័ន្ធប្រឆាំងការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះសំរាប់ការស៊ើបអង្កេតឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬការកាត់ទោសចំពោះអ្នកជំងឺឆ្លងកម្មវិធីនៃការរំលោភបំពានគ្រឿងញៀនឬគ្រឿងស្រវឹង ។

ការណែនាំសំរាប់ការបំពេញក្រដាសពាក្យនៃការយល់ព្រម

គោលបំណង: ចូរព្រឹត្តិក្រដាសពាក្យនេះនៅពេលអ្នកត្រូវការយល់ព្រម ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានលាក់ការនៅក្នុងគោលការណ៍បច្ចុប្បន្នរបស់គ្រូអ្នកអំពីអតិថិជននៅក្នុងក្រសួង DSHS ឬដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងនោះទៅឲ្យទីភ្នាក់ងារដទៃទៀត ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាឬសម្រាប់ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ឬកិច្ចប្រតិបត្តិការរបស់ទីភ្នាក់ងារ ឬសំរាប់គោលបំណង ដទៃទៀត។ ដែលទទួលស្គាល់ដោយច្បាប់ ។ អតិថិជនគឺជនដែលទទួលបានជំនួយប្រាក់ឬសេវាពីក្រសួង DSHS ។

ការប្រើប្រាស់: ចូរបំពេញក្រដាសពាក្យនេះតាមអេឡិចត្រូនិច បើអាចធ្វើទៅបានដើម្បីងាយស្រួលក្នុងការអាន ។ ជនមួយរូបម្នាក់ត្រូវបំពេញក្រដាសផ្សេងៗគ្នារួមទាំងក្មេង ផង ។ “អ្នក” នៅក្នុងពាក្យការណែនាំគឺសំដៅទៅលើបុគ្គលិកនៃក្រសួង DSHS ហើយ “អ្នក” នៅក្នុងក្រដាសពាក្យគឺសំដៅទៅលើអតិថិជន ។ ការចែករំលែកឯកសារ មានរួមទាំងការប្រើប្រាស់និងការបញ្ចេញព័ត៌មានលាក់ការអំពីអតិថិជន ។

ភាគនិយមៗនៃក្រដាសពាក្យ:

អត្ថសញ្ញាណប័ណ្ណ:

- ឈ្មោះ: ផ្តល់ឈ្មោះរបស់អតិថិជនតែម្នាក់គត់នៅក្នុងក្រដាសពាក្យមួយ ។ រួមទាំងឈ្មោះពីមុនដែលអតិថិជនប្រហែលបានប្រើនៅពេលទទួលសេវាបំរើ ។
- ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត: ត្រូវការសំគាល់អតិថិជន ពីជនដែលមានឈ្មោះប្រហាក់ប្រហែលគ្នា ។
- លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ: ផ្តល់លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អតិថិជនឬអត្តសញ្ញាណឯទៀត ដូចជាអត្តលេខសន្តិសុខសង្គម (មិនតម្រូវទេ) ដើម្បីជួយសំគាល់ឯកសារ និងតាមដានប្រវត្តិរៀងរាល់សេវាដែលបានទទួល ។
- អាសយដ្ឋាននិងលេខទូរស័ព្ទ: ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតដែលនឹងទាក់ទងការជួយរក និងការសំគាល់ឬការទាក់ទងទៅអតិថិជន ។
- ផ្សេងៗ: បញ្ចូលក្នុងប្រអប់នេះនូវព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចជួយរកឯកសារ ដែលមានចំណែកនៃក្រសួង DSHS ដែលបានទាក់ទងនឹងសេវាបំរើ ឈ្មោះរបស់ សមាជិកនៃគ្រួសារ ឬព័ត៌មានដែលទាក់ទងដទៃទៀត ។

ការយល់ព្រម (ការអនុញ្ញាត):

- ទីភ្នាក់ងារនិងជនដែលធ្វើការប្តូរឯកសារទៅវិញទៅមក: អតិថិជនដែលបំពេញក្រដាសពាក្យនេះអនុញ្ញាតឲ្យប្រើនិងចែករំលែកនូវព័ត៌មានលាក់ការនៅក្នុងក្រសួង DSHS ទាំងមូល ។ ក្រសួង DSHS នឹងអាចបញ្ចេញទៅឲ្យនិងទទួលបានកិច្ចនូវព័ត៌មានលាក់ការពីទីភ្នាក់ងារឬជនខាងក្រៅដែលមានរាយឈ្មោះប្រាប់ស្រេច ។ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីទីភ្នាក់ងារឬអ្នកផ្តល់ការបំរើ ដោយរួមទាំងឈ្មោះ អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នច្រើនសិនជាអាចធ្វើបាន ។ អ្នកអាចភ្ជាប់បញ្ជីឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានអនុញ្ញាត ដែលបានចែករំលែកព័ត៌មានដែលអតិថិជនត្រូវតែចុះហត្ថលេខាផងដែរ ។
- ព័ត៌មានដែលត្រូវដាក់បញ្ចូល: អតិថិជនត្រូវតែបង្ហាញនូវឯកសារអ្វីខ្លះនឹងត្រូវបានធានាដោយការយល់ព្រម ។ អតិថិជនអាចមានឯកសារទាំងអស់សំរាប់ប្រើប្រាស់បាន ឬអាចកម្រិតឯកសារដែលដាក់បញ្ចូលទៅតាមខ្លះខ្លះ ឬភេទបច្ចុប្បន្ននៃឯកសារ ។ បើអតិថិជនណាម្នាក់មិនចុះហត្ថលេខា ការយល់ព្រមឬមិនបញ្ជាក់ប្រាប់ឯកសារណាមួយ ឲ្យច្បាស់លាស់ទេ នោះការចែករំលែកនៃឯកសារនឹងត្រូវគេអនុញ្ញាត បើមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។ អ្នកអាចភ្ជាប់បញ្ជីរាយឈ្មោះឯកសារធានា ដែលអតិថិជនត្រូវតែចុះហត្ថលេខាផងដែរ ។ បើមានឯកសារណាមួយដែលមានបញ្ហាព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តប្រព្យាបាលផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ច្បាប់ (RCW 71.05.620), ផ្នែកមេរោគ HIV/AIDS, ឬមេរោគក្នុង STD ច្បាប់ (RCW 70.02.220), ឬសេវាផ្នែកគ្រឿងញៀននិងគ្រឿងស្រវឹង ច្បាប់ (42 CFR 2.31(a)(5)), អតិថិជនត្រូវតែគូសបញ្ជាក់ប្រាប់នូវផ្នែកទាំងអស់នេះដើម្បីធ្វើការអនុញ្ញាតឲ្យចែករំលែកឯកសារទាំងនេះ ។ ក្រដាសពាក្យនេះមិនយកជាការបានទេ បើមានបញ្ហាព័ត៌មានបញ្ជីប្រព្យាបាល ផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ ដូចគ្នាត្រូវនៅក្រោមច្បាប់ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ហើយក្រដាសពាក្យផ្សេងទៀតត្រូវតែបំពេញដើម្បីបញ្ចូលឯកសារទាំងអស់នោះ ។
- ថេរៈវេលា: ចូរចុះពេលផុតកំណត់សំរាប់ការយល់ព្រមណាដែលចំរើគោលបំណងតាមកម្មវិធីរបស់អ្នក ឬដូចដែលបានផ្តល់ឲ្យតាមច្បាប់ ។
- ការយល់ព្រម: ចូរឲ្យប្រាកដថាអតិថិជនយល់ពីការអនុញ្ញាតនូវអ្វីដែលគេត្រូវផ្តល់ឲ្យ និងរបៀប និងមូលហេតុដែលព័ត៌មាននឹងត្រូវចែករំលែក ។ បើត្រូវការ ចូរប្រើក្រដាសពាក្យដែលបានបកប្រែ និងអ្នកបកប្រែភាសា ឬអ្នកក្រដាសពាក្យឲ្យឮខ្លាំង ។ បើអតិថិជនត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀត ចូរផ្តល់ក្រដាសចម្លងបន្ថែមសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តសិទ្ធិឯកជនរបស់ក្រសួង DSHS ឬបញ្ជូនអតិថិជនទៅការិយាល័យការជូនដំណឹងសាធារណៈសំរាប់ក្រុមរបស់អ្នក ។

ហត្ថលេខា:

- អតិថិជន: ឲ្យអតិថិជន ឬក្នុងដែលមានអាយុលើសពីការយល់ព្រម (អាយុ 13 ឆ្នាំសំរាប់ផ្នែកសុខភាពខ្លួនក្បាល និងសេវាផ្នែកគ្រឿងញៀននិងគ្រឿងស្រវឹង; អាយុ 14 ឆ្នាំសំរាប់ការមានផ្ទុកមេរោគ HIV/AIDS និងមេរោគក្នុងដទៃទៀត STDs; អាយុប៉ុណ្ណាក៏ដោយសំរាប់ការការពារមិនឲ្យមានកូនឬការពន្ធតក់; អាយុ 18 ឆ្នាំសំរាប់ការមើលថែទាំសុខភាពនិងឯកសារដទៃទៀត) ចុះហត្ថលេខានៅក្នុងប្រអប់នេះនិងចុះខ្លះខ្លះនៃការចុះហត្ថលេខាផង ។ អតិថិជនអាចគូសជំនួសកន្លែងចុះហត្ថលេខានៅកន្លែងចុះហត្ថលេខាដោយមានអ្នកជាសាក្សី ។
- ការទាក់ទងទៅទីភ្នាក់ងារឬសាក្សី: អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខានៅក្នុងប្រអប់នេះ បើអ្នកជាអ្នកតំណាង និងអ្នកពន្យល់ក្រដាសពាក្យតែម្នាក់គត់ទៅឲ្យអតិថិជន ។ សូមបញ្ចូលលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកនៅក្នុងក្រដាសពាក្យ ។ បើអតិថិជននិងត្រូវចុះហត្ថលេខានៅក្នុងក្រដាសពាក្យនៅកន្លែងផ្សេងពីកន្លែងធ្វើការ ចូរណែនាំទៅអតិថិជនសុំឲ្យមានសាក្សីចុះហត្ថលេខានៅជំពូកនេះហើយនិងមានដាក់លេខទូរស័ព្ទផង ។ សារការិយាល័យអាចត្រូវមានជាសាក្សីចំពោះការចុះហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ។
- ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកតំណាងដទៃទៀត: បើអតិថិជនគឺជាក្មេងដែលនៅក្រោមអាយុធ្វើការយល់ព្រមឪពុកម្តាយ ឬអ្នកអាណាព្យាបាលត្រូវតែចុះហត្ថលេខា ។ បើក្មេងមិនទាន់ដឹងអាយុវ័យអាចធ្វើការយល់ព្រមលើឯកសារដើម្បីចែកចាយទាំងអស់បាន អ្នកទាំងពីរ ក្មេងនិងឪពុកម្តាយត្រូវតែចុះហត្ថលេខា ។ បើអតិថិជនត្រូវបានគេប្រកាសថាជាជន ខ្វះសមត្ថភាពទៅតាមផ្លូវច្បាប់ អ្នកអាណាព្យាបាលដែលគុណភាពបានចាត់តាំងត្រូវតែចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់ក្រដាសចម្លងដីកាចាត់តាំង ។ បើអ្នកណាម្នាក់បានចុះហត្ថលេខាក្នុងសមត្ថភាពផ្សេងណាមួយទៀត (រួមទាំងជនដែលមានអំណាចតំណាងមេធាវី ឬអ្នកតំណាងលើអចលនវត្ថុ) ចូរគូសកន្លែង “ផ្សេងៗ” និងទទួលក្រដាសចម្លងស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើការអនុវត្ត ។ ជនដែលចុះហត្ថលេខាត្រូវតែចុះខ្លះខ្លះពេលចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់លេខទូរស័ព្ទឬព័ត៌មានសំរាប់ទាក់ទង ។