



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានតំណាងស្របច្បាប់អតិថិជន

ជូនចំពោះ ៖

កំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថាអ្នកត្រូវបានកំណត់ថាជា ៖

- អាណាព្យាបាលរបស់បុគ្គល
- អំណាចប្រើប្រាស់បានយូររបស់មេធាវី (DPOA) សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តថែទាំសុខភាព

ខ្ញុំកំពុងសរសេរដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតអាណាព្យាបាល ឬក្រដាស DPOA ផ្ទៀងផ្ទាត់ភូតាទីរបស់អ្នក។ DDA បានតម្រូវឱ្យផ្ទៀងផ្ទាត់អាណាព្យាបាល ឬស្ថានភាព DPOA មុនពេលអនុញ្ញាតឱ្យរណាម្នាក់ផ្សេងក្រៅពីអតិថិជនយល់ព្រមទទួលសេវា។ វាគឺជាការចាំបាច់ដែលយើងមានឯកសារសម្រាប់ _____។

ឈ្មោះអតិថិជន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ខ្ញុំអាចទាក់ទងបាន _____។

លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខកូដតំបន់)

សូមផ្ញើលិខិតអាណាព្យាបាល ឬក្រដាស DPOA បច្ចុប្បន្នទៅការិយាល័យ ដែលរាយខាងក្រោម ៖

សូមអរគុណ។

ឈ្មោះ និងភូតាទីរបស់ប្រធានធនធានសំណុំរៀង

ចម្លងជូន ៖ ឯកសារអតិថិជន

ការណែនាំ

តើពេលណាខ្ញុំធ្វើបែបនេះទៅគំណាងស្របច្បាប់?

អ្នកធ្វើបែបនេះ នៅពេលបុគ្គលម្នាក់ត្រូវបានកំណត់ថាជាគំណាងស្របច្បាប់សម្រាប់អតិថិជនរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃ លិខិតអាណាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន ឬ DPOA សម្រាប់ឯកសារថែទាំសុខភាពក្នុងឯកសារអតិថិជនរបស់អ្នក។