

សំណើសុំកំណត់ត្រា DSHS

Request for DSHS Records

A. សំណើសុំកំណត់ត្រា DSHS ដោយ ៖				
ឈ្មោះ ត្រកូល	ឈ្មោះ	ឈ្មោះកណ្តាល	ឯកសារ	
ឈ្មោះអង្គការ ឬមុខងារ បើមាន				
អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ		ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប្រទេស
លេខទូរស័ព្ទ (បញ្ចូលទាំងលេខកូដតំបន់)	លេខទូរសារ (បញ្ចូលទាំងលេខកូដតំបន់)	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល		
B. សំណើសុំកំណត់ត្រាព័ត៌មាន DSHS ទាំងនេះ ៖ (សូមគូសកម្មវិធីដែលត្រូវការទាំងអស់)				
<input type="checkbox"/> រដ្ឋបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា (BHA) <input type="checkbox"/> សេវាកម្មសហគមន៍ (CSD – public assistance)				
<input type="checkbox"/> ជំនួយកុមារ (DCS) <input type="checkbox"/> សេវាកម្មនៅផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCS)				
<input type="checkbox"/> ការវិវត្តពិការភាព (DDA) <input type="checkbox"/> សេវាកម្មថែទាំនៅកន្លែងស្នាក់នៅ (RCS)				
<input type="checkbox"/> ការស្តារទំនាក់ទំនងវិជ្ជាជីវៈ (DVR) <input type="checkbox"/> វិទ្យាស្ថានសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់រដ្ឋ (ESH, WSH, CSTC)				
<input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលការប្តេជ្ញាពិសេស (SCC) <input type="checkbox"/> ផ្នែកធនធានមនុស្ស និងបញ្ជីប្រាក់ខែ				
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖				
C. សំណើសុំកំណត់ត្រាអតិថិជន DSHS នៃ ៖				
<input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> អ្នកផ្សេង		ឈ្មោះ ត្រកូល	ឈ្មោះ	ឈ្មោះកណ្តាល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		ឈ្មោះពិមុន		
លេខសម្គាល់អតិថិជន	លេខសម្គាល់ផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម	ទីតាំងសេវាកម្ម	
កំណត់ត្រាអតិថិជនដែលបានស្នើសុំ ៖ សូមបញ្ជាក់ព័ត៌មានកំណត់ត្រាដែលបានស្នើសុំពីកម្មវិធី DSHS ដែលបានគូសខាងលើក្នុងផ្នែក B ៖				
<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាដែលបានពណ៌នាក្នុងការភ្ជាប់មក				
<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាដូចតទៅ ៖				
<input type="checkbox"/> រាល់កំណត់ត្រាអតិថិជនទាំងអស់ដែលបានទុកដោយកម្មវិធី DSHS ដែលបានគូសខាងលើក្នុងផ្នែក B ។				
រាយការកម្រិតទាំងឡាយលើកំណត់ត្រា DSHS ដែលបានស្នើសុំ (តាមកាលបរិច្ឆេទ ប្រភេទកំណត់ត្រា ជាដើម ។) ៖				
D. សំណើសុំកំណត់ត្រា DSHS ផ្សេងទៀត				
ខ្ញុំស្នើសុំកំណត់ត្រា DSHS ដូចខាងក្រោម ៖				
<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាមានអាជ្ញាប័ណ្ណសម្រាប់ទឹកកន្លែង ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដូចតទៅ ៖				
<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាបុគ្គលិក ឬការងារ នៃ (រាយ) ៖				
<input type="checkbox"/> ពណ៌នាកំណត់ត្រាដែលបានស្នើសុំផ្សេងទៀតឲ្យបានពេញលេញតាមដែលអាចធ្វើបាន ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងកាលបរិច្ឆេទ ប្រភេទកំណត់ត្រា និងកម្មវិធី ៖				
E. ការចូលដល់កំណត់ត្រា (បំពេញផ្នែកនេះសម្រាប់សំណើទាំងអស់)				
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំដឹងថា DSHS អាចគិតថ្លៃសម្រាប់ច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់ខ្លួននៅក្រោម WAC 388-01-080 ។				
<input type="checkbox"/> សូមទាក់ទងខ្ញុំដើម្បីរៀបចំពេលវេលាសម្រាប់ខ្ញុំពិនិត្យកំណត់ត្រា ។				
<input type="checkbox"/> សំណើពិសេសផ្សេងទៀត ៖				
ចំណាំ ៖ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញភស្តុតាងនៃអត្តសញ្ញាណ ឬសមត្ថកិច្ចរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានកំណត់ត្រាសម្ងាត់ ។ ប្រើបែបបទផ្តល់សិទ្ធិ DSHS 17-063 ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតទទួលបានកំណត់ត្រាអំពីអ្នកផ្សេងទៀត ។				
បានស្នើសុំដោយ (ហត្ថលេខា)			កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា	
ហត្ថលេខាសាក្សី ឬសារភារីដែលបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណ បើតម្រូវឲ្យមាន		ឈ្មោះសាក្សី ឬសារភារីដែលសេរីជាអក្សរធំ បើតម្រូវឲ្យមាន		
បើខ្ញុំមិនមែនជាមនុស្សដែលជាម្ចាស់កំណត់ត្រាសម្ងាត់ ខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដើម្បីចូលដល់កំណត់ត្រាទាំងនេះ ពីព្រោះខ្ញុំជា (ភ្ជាប់ភស្តុតាងនៃសមត្ថកិច្ច) ៖ <input type="checkbox"/> ឪពុក ឬម្តាយនៃអតិថិជន <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ <input type="checkbox"/> អ្នកតំណាងបុគ្គលិក ឬកម្មសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖				
OFFICE USE ONLY (សម្រាប់ការយល់ឃើញផ្ទៃក្នុង)				
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED BY:	DATE RECORDS PRODUCED