

ប្រើទំរង់នេះដើម្បីធ្វើសេចក្តីអនុញ្ញាត្តិ រដ្ឋបាលសេវាសេដ្ឋកិច្ចរបស់ DSHS (ESA) ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងអ្នកដោយទោសណាម្នាក់ដែលជួយអ្នកក្នុងដំណើរការជួយសំរួលរបស់SSI។ ការស្នើសុំរបស់អ្នកសំរាប់សំណុំរឿងការដាក់ពាក្យ SSI របស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅអ្នកសម្រួលដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានត្រូវការ។ មិនត្រូវ ប្រើទំរង់នេះដើម្បីធ្វើការស្នើសុំសេចក្តីរាយការណ៍បញ្ជីដឹងលិខិតសាធារណៈ។ វាមិនធ្វើការដោយផ្អែកនោះទេ។ សូមប្រើទំរង់ DSHS17-063 នៅពេលដែលសូមរកកំណត់ហេតុក្រោមសកម្មភាព កំណត់ហេតុសាធារណៈ (Public Records Act)។

ទ្វិធិអនុញ្ញាត្តិដើម្បីចែកចាយសំណុំរឿងរបស់:

ត្រកូល	ឈ្មោះដើម	ឈ្មោះកណ្តាល	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត	សិទ្ធិស៊ីឡូ សិស្ស ១១ ណុំរឿង
--------	----------	-------------	--------------------	-----------------------------

អត្តលេខ អតិថិជន(បើដឹង)	ឈ្មោះអតិថិ
------------------------	------------

ចែកចាយជាមួយ:

ត្រកូល	ឈ្មោះដើម	ឈ្មោះកណ្តាល	ហាត:
--------	----------	-------------	------

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន រឺ អាជីវកម្ម បើសិនជាអាចប្រើប្រាស់បាន

អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ Zip
-----------	---------	------	------------

លេខទូរស័ព្ទ(ជាមួយនិងលេខកូដតំបន់)	លេខទូរសារ	អាសយដ្ឋានសំបុត្រអេឡិចត្រូនិច(email)
----------------------------------	-----------	-------------------------------------

ខ្ញុំអនុញ្ញាត្តិដោយ ឧសិះសិ ចែកចាយរាល់ព័ត៌មានចាំបាច់ជាមួយអ្នកកំណត់សិទ្ធិអនុញ្ញាត្តិរបស់ខ្ញុំដើម្បីជួយខ្ញុំទទួលបាន និង រក្សាទុកសិទ្ធិទទួលបាន, រួមទាំងកំណត់ហេតុខាងក្រោមនេះលុះត្រាតែខ្ញុំស្នើសុំលើវា:

- លទ្ធផលធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និង STD, រោគវិនិច្ឆ័យ រឺ កំណត់ហេតុព្យាបាល
- កំណត់ហេតុសុខភាពខួរក្បាល
- កំណត់ហេតុសេចក្តីត្រូវការសារធាតុគីមី

- ខ្ញុំប្រហែលជាអាចលុបចោល រឺ ដកចេញសិទ្ធិអនុញ្ញាត្តិនេះក្នុងការសរសេរដោយដៃក្របីពេលដែលវាអាចប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានដែលធ្លាប់បានចែកចាយរួចមកហើយនោះ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថាកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំអាចលែងនិងបានការការពារក្រោមច្បាប់ដែលកំណត់ដោយ ឧសិះសិ បន្ទាប់ពីពួកគេធ្លាប់បានចែកចាយហើយ។
- ការដោយសិទ្ធិអនុញ្ញាត្តិនេះគឺមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា រហូតដល់ថ្ងៃចប់លិខិតបញ្ជាក់ជំនួយការសាធារណៈនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ។
- គុណប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ រឺ សេវាកម្ម មិនតឹងពាក់លើហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំមាននៅលើទំរង់នេះទេ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិធ្វើច្បាប់ចំលងទំរង់នេះ។

អនុញ្ញាត្តិដោយ:

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយនិងលេខកូដតំបន់)
----------	-------------	-----------------------------------

ឈ្មោះបោះពុម្ព	សាក្សី បើសិនជាត្រូវការ
---------------	------------------------

បើសិនជាខ្ញុំមិនមែនជាម្ចាស់ដែលជាប្រធាននៃរបាយការណ៍នេះទេ, ខ្ញុំមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត្តិដោយចុះហត្ថលេខាពិព្រោះខ្ញុំជា (ភ្នាក់ងារសុភាពសុខភាព): អាណាព្យាបាលបន្ទាប់អាសន្ន អ្នកថែរក្សាស្របច្បាប់

អ្នកកំណត់ផ្ទាល់ខ្លួន ផ្សេងទៀត

