

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ: _____
ឈ្មោះសំណុំរឿង: _____
លេខសំណុំរឿង: _____
ឈ្មោះអ្នកកាន់សំណុំរឿង: _____
លេខ ID អ្នកកាន់សំណុំរឿង: _____
លេខទូរស័ព្ទអ្នកកាន់សំណុំរឿង: _____
លេខ ID អតិថិជន: _____

**ការអនុញ្ញាតសំរាប់សិទ្ធិប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញ
ព័ត៌មានអំពីការគាំពារសុខភាព**

គោលបំណងនៃសំណើនេះ: សំណើនេះតម្រូវឲ្យអ្នកយល់ព្រមដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។ DPSS នឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់លើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

បើសិនជាអ្នកបំពេញ ហើយ ចុះហត្ថលេខាលើសំណើនេះ:

- អ្នកយល់ព្រមថាគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាមើលថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អាចបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកជាមួយនឹង DPSS ។
- DPSS អាចបញ្ចេញឲ្យដឹងអំពីព័ត៌មានរបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្លាស់ប្តូរគំនិតរបស់អ្នក នៅពេលណាក៏បាន។

បើសិនជាអ្នកសម្រេចចិត្តថា មិន ចុះហត្ថលេខាលើសំណើនេះទេ:

- នេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឡើយ។
- នេះអាចប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍របស់ DPSS របស់អ្នក។

ឈ្មោះត្រកូល _____ ឈ្មោះខ្លួន _____ កាលបរិច្ឆេទកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ:

ឈ្មោះមន្ទីរមើលថែទាំសុខភាព _____ លេខអាសយដ្ឋានផ្លូវ _____ ក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ស៊ីធីកូដ _____

បញ្ចេញព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំទៅ:

ឈ្មោះការិយាល័យខណ្ឌរបស់ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) _____

លេខអាសយដ្ឋានផ្លូវ _____ ក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ស៊ីធីកូដ _____

ការអនុញ្ញាតនេះគឺមានសុពលភាពរហូតដល់: ____/____/____ ។
ការបរិច្ឆេទបញ្ចប់ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

ព័ត៌មានដែលអាចនឹងត្រូវបញ្ចេញឲ្យដឹង (សូមគូសក្នុងប្រអប់ដែលទាក់ទងទាំងអស់):

- ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត មានរួមទាំង:
 - ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក។
 - កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃស្ថានភាពផ្លូវចិត្តណាមួយ។
 - បើអ្នកកំពុងត្រូវបានព្យាបាលយ៉ាងសកម្ម សម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ។
 - រយៈពេលដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នករំពឹងថានឹងបញ្ចប់។
 - បើស្ថានភាពរបស់អ្នកមានផលប៉ះពាល់ដែរឬទេ បើអ្នកអាចធ្វើការបាន ឬកំពុងតែនៅក្នុងកម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺនការងារ។

ផ្សេងៗទៀត (សូមបញ្ជាក់) _____

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទំព័រចម្លងនៃសំណើនេះ។ បើសិនជាអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសំណើនេះ អ្នកនឹងទទួលបានទំព័រនៃសំណើចម្លងដែលបានចុះហត្ថលេខា។

បើសិនជាអ្នកបដិសេធមិនព្រមចុះហត្ថលេខាលើសំណៅនេះ:

- វានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការព្យាបាលដោយអ្នកផ្តល់សេវាមើលថែទាំរបស់អ្នកនោះទេ។
- វាអាចមានផលប៉ះពាល់ បើសិនជា អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី DPSS ។

_____ ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាអ្នកផ្តល់សេវាមើលថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំអាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំទៅឲ្យក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) ។ DPSS នឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់លើលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានជំនួយរបស់ខ្ញុំ។

_____ ខ្ញុំយល់ថា DPSS អាចបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញឲ្យដឹង ដោយសារតែខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើសំណៅនេះ។ បើសិនជាករណីនេះបានកើតឡើង ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំដែលត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សិទ្ធិឯកជនស្តីអំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់សហព័ន្ធ តទៅទៀតហើយ។

ខ្ញុំបានមានឱកាសដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងយល់ដឹងអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសំណៅនេះ។ ដោយការចុះហត្ថលេខាលើសំណៅអនុញ្ញាតនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា វាបង្ហាញយ៉ាងត្រឹមត្រូវនូវសេចក្តីប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
ហត្ថលេខារបស់សាក្សី	ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព/ទំនាក់ទំនងត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នកជម្ងឺ	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

បើសិនជាអ្នកផ្លាស់ប្តូរគំនិត

អ្នកមានសិទ្ធិផ្លាស់ប្តូរគំនិតរបស់អ្នក នៅពេលណាក៏បាន។ បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញចប់សព្វគ្រប់ និងចុះហត្ថលេខាលើសំណៅអនុញ្ញាតនេះ បើសិនជាអ្នកផ្លាស់ប្តូរគំនិត អ្នកត្រូវតែប្រាប់ទៅ DPSS ឲ្យបានដឹង ដោយសរសេរសំបុត្រជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចធ្វើកិច្ចការនេះបានដោយ:

- ចុះហត្ថលេខាលើការលុបចោលការអនុញ្ញាត។
- ផ្ញើ ឬប្រគល់សំណៅលុបចោលការអនុញ្ញាតដែលបានចុះហត្ថលេខានេះ ទៅអាសយដ្ឋានដែលមានចុះនៅខាងក្រោម:

ការលុបចោលការអនុញ្ញាត

ខ្ញុំតាមរយៈនេះសូមលុបចោលការអនុញ្ញាតដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យពីមុន។ ខ្ញុំយល់ថា DPSS អាចប្រើប្រាស់និងបញ្ចេញព័ត៌មានឲ្យដឹងអំពីសុខភាព ដែលអ្នកផ្តល់សេវាមើលថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបានផ្តល់ទៅឲ្យ DPSS រួចហើយ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
---	------------------------	-----------------------------