

ការអនុញ្ញាត  
AUTHORIZATION

ការអនុញ្ញាតបញ្ចេញឯកសាររបស់:			
ឈ្មោះ ក្រសួង	ខ្លួន	កណ្តាល	ថ្ងៃខែកំណើត
ព័ត៌មានបន្ទាប់ទៅនេះអាចជួយកែលម្អឯកសារ:		ឈ្មោះប្រតិបត្តិ	
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អតិថិជន	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណផ្សេងទៀត	ថ្ងៃខែសេវារបស់	ទីកន្លែងបំរើ
បញ្ចេញទៅឲ្យ:			
ឈ្មោះ ក្រសួង	ខ្លួន	កណ្តាល	មុខងារ
ឈ្មោះអង្គការ ឬហាងជំនួញ បើមាន			
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខស៊ុបខ្នង
លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខខ្ទង់តំបន់)	លេខទូរសារ (រួមទាំងលេខខ្ទង់តំបន់)	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	
មូលហេតុនៃការបញ្ចេញ			

**ការអនុញ្ញាត:**

ប្រភព: ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកវិទ្យាសាស្ត្រនេះឲ្យបញ្ចេញ ឬទទួលបានព័ត៌មានលាក់កំបាំងដែលបានកំណត់ខាងក្រោម ។ ព័ត៌មានអាចផ្តល់ដោយផ្ទាល់មាត់ឬតាមការបញ្ចេញទិន្នន័យ កុំព្យូទ័រ តាមសំបុត្រ តាមទូរសារ ឬផ្តល់ឲ្យដោយផ្ទាល់មាត់ ។

កម្មវិធីខាងក្រោមនេះប៉ុណ្ណោះ (ត្រូវយកទាំងអស់ណាដែលស្របតាមស្ថានភាពណ៍):

<input type="checkbox"/> ការវិវាយលើយេនេទិកសេវាផ្នែកជនជាតិពណ៌ស	<input type="checkbox"/> រដ្ឋាភិបាលការិយាល័យផ្នែកកុមារ
<input type="checkbox"/> ការវិវាយលើអតិថិជនសេវាម្ចាស់ផ្ទះសេដ្ឋកិច្ច	<input type="checkbox"/> នាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភរដ្ឋ
<input type="checkbox"/> ការវិវាយលើអតិថិជនសេវាហិរញ្ញវត្ថុ	<input type="checkbox"/> ការវិវាយលើអតិថិជនផ្នែកនីតិសម្បទា ឬកម្មវិធីអនិច្ចរិត
<input type="checkbox"/> ការវិវាយលើអតិថិជនផ្នែកជំនួយពេទ្យ	<input type="checkbox"/> នាយកដ្ឋានការពារសុខភាពស្ត្រី និងក្រីក្រស្រី
<input type="checkbox"/> នាយកដ្ឋាននីតិសម្បទា ឬកម្មវិធីផ្ទះជួល	<input type="checkbox"/> នាយកដ្ឋានការពារសុខភាពស្ត្រី និងកម្មវិធីអនិច្ចរិត
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____	

គ្រប់ផ្នែកនៃក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសុខាភិបាល (DSHS)

**ឯកសារ:** ខ្ញុំអនុញ្ញាតព័ត៌មានខាងក្រោមនេះឲ្យគេបញ្ចេញ:

<input type="checkbox"/> ឯកសារអតិថិជនដែលកាន់កាប់ដោយផ្នែកនៃក្រសួង DSHS គួសខាងលើ	<input type="checkbox"/> ឯកសារអតិថិជនរបស់ខ្ញុំទាំងអស់
<input type="checkbox"/> ឯកសារលាក់កំបាំងកាន់កាប់ដោយផ្នែកនៃក្រសួង DSHS គួសខាងលើ	<input type="checkbox"/> ឯកសារនៅក្នុងបញ្ជីរាយនាមនេះ:
<input type="checkbox"/> ឯកសារដូចតទៅនេះប៉ុណ្ណោះ:	

ខ្ញុំចង់កម្រិតឯកសារដែលត្រូវបញ្ចេញដូចតទៅនេះ (តាមថ្ងៃខែ ប្រភេទឯកសារ ។ល។):

សូមកត់ចំណាំ: បើអតិថិជនរបស់អ្នក ឬឯកសារលាក់កំបាំងដែលមានរួមនូវព័ត៌មានណាមួយដូចតទៅនេះ អ្នកត្រូវតែបំពេញជំពូកខាងក្រោម ដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញឯកសារទាំងអស់នេះបាន ។

**ឯកសារពិសេសនានា:** ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដើម្បីបញ្ចេញឯកសារដូចតទៅនេះ (ត្រូវយកប្រអប់ទាំងឡាយណាដែលត្រូវតាមសភាពណ៍):

លទ្ធផលការធ្វើតេស្ត HIV/AIDS (អេដស៍) និង STD (ជំងឺឆ្លងផ្លូវភេទ), រោគវិនិច្ឆ័យ, ឬឯកសារការព្យាបាល ច្បាប់ (RCW 70.24.105)

ឯកសារសុខភាពផ្លូវចិត្ត ច្បាប់ (RCW 71.05.620) រួមទាំង:

ឯកសារនៃការបញ្ជូនសារជាតិ (CD) ច្បាប់ (42 CFR ភាគ 2) រួមទាំង:

- សំបុត្រអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាព  90 ថ្ងៃ ឬ  រហូតដល់ \_\_\_\_\_ (ថ្ងៃខែឬប្រតិបត្តិការណ៍).
- ខ្ញុំអាចដកយកឬលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដោយសរសេរដាច់ខាតដល់ក្រុមការងារនៃពេលវេលាណាមួយ ប៉ុន្តែរឿងនេះនឹងមិនមានប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានដែលបញ្ចេញរួចហើយទេ ។
- ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំមិនអាចការពារនៅក្រោមច្បាប់របស់ក្រសួង DSHS ក្រោយពេលដែលបានបញ្ចេញរួចហើយ ។
- ក្រសួងសុខាភិបាលនៃព័ត៌មានសុពលភាពផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីបញ្ចេញឯកសារ ។ ក្រសួង DSHS អាចទាញយកឯកសារដែលបានចម្លងពីឯកសាររបស់គេ ។

បានអនុញ្ញាតដោយ (ហត្ថលេខា)	ថ្ងៃខែដែលបានចុះហត្ថលេខា	លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខខ្ទង់តំបន់)
សរសេរឈ្មោះជាអក្សរព្រុះ	សាក្សី /សារភាព (ចុះហត្ថលេខានិងសរសេរឈ្មោះជាអក្សរព្រុះ បើមាន)	

បើខ្ញុំមិនមែនជាបុគ្គលដែលជាអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីឯកសារទាំងអស់នេះទេ ខ្ញុំត្រូវតែអនុញ្ញាតឲ្យចុះហត្ថលេខា ពីព្រោះខ្ញុំជា: (សូមភ្ជាប់ក្រដាសភស្តុតាងពីអ្នកមានអំណាច)

ឪពុកម្តាយនៃក្មេង  អ្នកថែទាំស្របច្បាប់  តំណាងផ្ទាល់ខ្លួន  អ្នកជំនួញ:

**សេចក្តីផ្តល់ដំណឹងព្រោះអ្នកទទួលបានព័ត៌មាន:** បើឯកសារទាំងនេះមានព័ត៌មានអំពីការមានផ្ទុកមេរោគ HIV, មេរោគ និង STD ឬការបំពានលើគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន អ្នកក៏មិនអាចបញ្ចេញព័ត៌មាននេះបានទៀតទេ នៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធឬដោយគ្មានការអនុញ្ញាតដាក់លាក់ពីជនដែលស្នើសុំហើយដូចនិងការគ្រប់គ្រងច្បាប់ដាក់លាក់ឡើយ។