

ការបញ្ជាក់បានទទួលនូវ ឯកសារសញ្ជាតិ ឬភិនភាគ

សេចក្តីណែនាំសំរាប់ខោនធី/បុគ្គលិក DSH/FQHC : នៅពេលអ្នកបានទទួលឯកសារសញ្ជាតិ និង/ឬ ភិនភាគ សំរាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ អ្នកត្រូវតែបំពេញក្រដាសនេះ ។

ឯកសារសញ្ជាតិ/ភិនភាគ សំរាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ :

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត : _____

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	
----------	-----------	-----------	--

អាសយដ្ឋាន : _____

ផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
-------	---------	------	---------

ឈ្មោះមាតាបិតា បើដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍គឺជាក្មេង : _____

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	
----------	-----------	-----------	--

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ BIC/CIN : _____

<p>ឈ្មោះឯកសារភិនភាគ ដែលអ្នកបានឃើញ : </p> <hr/> <p>ឯកសារដែលអ្នកបានឃើញ (គួសម្តាយ) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ឯកសារដើម (មិនមែនសំណេរចម្លង ឬសំណេរបានបញ្ជាក់ទេ) <input type="checkbox"/> សំណេរដែលបានបញ្ជាក់ដោយភ្នាក់ងារដែលចេញឲ្យ <p>ឯកសារនេះបានទទួល (គួសម្តាយ) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> តាមសំបុត្រ <input type="checkbox"/> ដោយផ្ទាល់មុខ (ពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍) ឈ្មោះ : _____ <input type="checkbox"/> ដោយផ្ទាល់មុខ (ពីអ្នកអាណាព្យាបាល អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត ឬញាតិសន្តានទទួលថែទាំ) (ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍) _____ 	<p>ឈ្មោះឯកសារភិនភាគ ដែលអ្នកបានឃើញ : </p> <hr/> <p>ឯកសារដែលអ្នកបានឃើញ (គួសម្តាយ) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ឯកសារដើម (មិនមែនសំណេរចម្លង ឬសំណេរបានបញ្ជាក់ទេ) <input type="checkbox"/> សំណេរដែលបានបញ្ជាក់ដោយភ្នាក់ងារដែលចេញឲ្យ <p>ឯកសារនេះបានទទួល (គួសម្តាយ) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> តាមសំបុត្រ <input type="checkbox"/> ដោយផ្ទាល់មុខ (ពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍) ឈ្មោះ : _____ <input type="checkbox"/> ដោយផ្ទាល់មុខ (ពីអ្នកអាណាព្យាបាល អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត ឬញាតិសន្តានទទួលថែទាំ) (ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍) _____
--	--

ត្រូវចែកចំនួនឯកសារសញ្ជាតិ និង/ឬ ភិនភាគ ដែលបានទទួលពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ ហើយប្រគល់ឯកសារដើមទៅសាមីខ្លួនវិញ ព្រមទាំងផ្តល់ សំណេរនៃបង្កាន់ដៃដែលបានចុះហត្ថលេខា ទៅសាមីខ្លួនផងដែរ ។ កាលណាអ្នកធ្វើការខាងលើទទួលបានទទួលឯកសារ ការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធី នឹងជំរាប អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ អំពីការប្រើប្រាស់នេះ បើសិនជាឯកសារបានផ្តល់ឲ្យអាចទទួលស្គាល់បាន ។ បុគ្គលិក DSH/FQHC ត្រូវតែធ្វើបង្កាន់ ដៃនេះ ព្រមទាំងសំណេរនៃឯកសារ ទៅការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីយ៉ាងត្រឹមត្រូវ ។

County/DSH/FQHC Staff reads and signs below.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information above is true and correct.

_____ Date: _____
Signature of County/DSH/FQHC Staff

Name of County/DSH/FQHC Staff (print): _____

First	Middle	Last
-------	--------	------

Information: _____

Name of agency	County	Telephone number	E-mail
----------------	--------	------------------	--------

County fills out this box	
Case No: _____	Case Name: _____