

សេចក្តីអនុញ្ញាត សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និង បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារដោយច្បាប់

ឈ្មោះត្រកូល ឈ្មោះខ្លួន ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
តាមរយៈនេះ សូមអនុញ្ញាតឱ្យ

| | | | | |
|------------------------|----------------|-------|------|---------|
| ឈ្មោះមន្ទីរថែទាំសុខភាព | លេខ ឈ្មោះផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ | ស៊ីពកូដ |
|------------------------|----------------|-------|------|---------|

បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ ទៅ៖

ឈ្មោះការិយាល័យបណ្តុះបណ្តាលក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS)

លេខ ឈ្មោះផ្លូវ ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីពកូដ
កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ ការអនុញ្ញាតនេះគឺមានសុពលភាពរហូតដល់កាលបរិច្ឆេទដូចតទៅនេះ៖ ____/____/20____

ព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ចេញឱ្យ

- ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ជំងឺទៀត (សូមបញ្ជាក់) _____

ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបំពេញ និងធ្វើនូវសំណៅ ABP 1676-3 GRMH ទៅជូន ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) ដើម្បីសម្រេចលើលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានជំនួយរបស់ខ្ញុំ; នេះរួមបញ្ចូលទាំងការផ្តល់ព័ត៌មានជូនទៅក្រសួង DPSS ទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយសុខភាពខាងផ្លូវចិត្តណាមួយ, កាលបរិច្ឆេទនៃការចាប់ផ្តើមស្ថានភាពជំងឺរបស់ខ្ញុំ ថាតើខ្ញុំកំពុងតែស្វែងរកការព្យាបាលយ៉ាងសកម្ម អំឡុងពេលរំពឹងទុកនៃស្ថានភាពជំងឺរបស់ខ្ញុំ; ថាតើរឿងនេះនឹងប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីចូលរួមក្នុងកិច្ចការមួយ ឬកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលទាក់ទងនឹងការងារ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានសុខភាពដែលបានប្រើប្រាស់ ត្រូវបានបញ្ចេញព័ត៌មានជាលទ្ធផលនៃការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំលើសំណៅសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះដែលប្រហែលជាអាចជាកម្មវត្ថុនៃការបញ្ចេញព័ត៌មានសាជាថ្មីម្តងទៀត និង លែងត្រូវបានការពារតទៅទៀតដោយច្បាប់សហព័ន្ធភាពជាឯកជនលើព័ត៌មានអំពីសុខភាព។

សិទ្ធិរបស់អ្នកដោយគោរពតាមសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ៖

សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានទំព័រចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះ - ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូននូវទំព័រចម្លងនៃសំណៅដែលបានចុះហត្ថលេខាយប់ច្បាប់។

លក្ខណៈ: ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចបដិសេធក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ ដោយគ្មានការប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំឡើយ ប៉ុន្តែការធ្វើដូច្នេះប្រហែលជាអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលបានប្រយោជន៍ជំនួយពីក្រសួង DPSS ។

ខ្ញុំមានឱកាសដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញនិងយល់ដឹងអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសំណៅសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ។ ដោយការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាវាបានឆ្លុះបញ្ចាំងយ៉ាងត្រឹមត្រូវពីបំណងប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ /អ្នកតំណាងខាងផ្លូវច្បាប់ សរសេរជាអក្សរពុម្ព ខែ ថ្ងៃឆ្នាំ

ហត្ថលេខារបស់សាក្សី សរសេរជាអក្សរពុម្ព/ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជម្ងឺ ខែ ថ្ងៃឆ្នាំ

សិទ្ធិក្នុងការលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះ - ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិដើម្បីលុបចោលសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ នៅពេលណាក៏បាន ដោយប្រាប់ទៅ DPSS ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ខ្ញុំអាចប្រើការលុបចោលនូវសេចក្តីអនុញ្ញាត នៅផ្នែកខាងក្រោមនៃសំណៅនេះ។ សូមផ្ញើ ឬប្រគល់ការលុបចោលនូវសេចក្តីអនុញ្ញាតទៅអាសយដ្ឋានដែលមានចុះខាងក្រោមនេះ៖

[Empty box for address information]

ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា ការលុបចោលនូវសេចក្តីអនុញ្ញាត នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពរបស់ DPSS ឬ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយដើម្បីប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីសុខភាព ឬមូលហេតុផ្សេងៗដែលទាក់ទងនឹងទំនុកចិត្តពីមុននៅលើសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះទេ។

ការលុបចោលនូវសេចក្តីអនុញ្ញាត

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ/អ្នកតំណាងខាងផ្លូវច្បាប់: _____ ខែ ថ្ងៃឆ្នាំ: _____

ប្រសិនបើបានចុះហត្ថលេខាដោយមនុស្សម្នាក់ទៀត ដែលផ្សេងពីអ្នកជម្ងឺ, សូមបញ្ជាក់ទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចដើម្បីធ្វើដូច្នេះ: