

ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា រដ្ឋបាលនៃគណៈកម្មាធិការជាតិរៀបចំការបោះឆ្នោត **LOS ANGELES**

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

សក្ខីកម្ម៖

ឈ្មោះអតិថិជន/ឈ្មោះភិក្ខុ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត លេខអតិថិជន

ឈ្មោះអ្នកគំណាងផ្លូវច្បាប់ (បើមាន)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍

សន្ទនា៖ **ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញ**
ព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព/អ្នកផ្សេងទៀត

អាសយដ្ឋានផ្លូវ អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍ ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍

ព័ត៌មានដែលនឹងត្រូវបញ្ចេញ៖

- ការងារគ្រឹះស្ថាន/ការវិនិច្ឆ័យ លទ្ធផលនៃការធ្វើពិសោធន៍ខាងចិត្តវិជ្ជា ការធ្វើអាត់វិទ្ធិមួយ
- លទ្ធផលនៃការធ្វើពិសោធន៍ ប្រតិបត្តិការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ/ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យបច្ចុប្បន្ន ការព្យាបាល
- កំណត់ហេតុទាំងស្រុង (ផ្តល់ហេតុផលត្រឹមត្រូវ)៖ _____
- ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)៖ _____

សង្ខេប៖ កំណត់ហេតុការពារព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងការសេចក្តីស្រឡាញ់ ឬការប្រើប្រាស់ផ្លូវច្បាប់ និងការអនុវត្តការពារព័ត៌មាន ឬព័ត៌មានផ្សេងៗ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ កំណត់ហេតុនៃការព្យាបាលព័ត៌មានត្រូវបានប្រើប្រាស់ផ្លូវច្បាប់ និងការសេចក្តីស្រឡាញ់ ឬលទ្ធផលនៃការអនុវត្តការពារព័ត៌មាន

នឹងមិនត្រូវបានបង្ហាញឡើយ លុះត្រាតែត្រូវបានស្នើជាពិសេស។
អ្នកក្នុងប្រព័ន្ធនេះអាចជ្រើសរើស៖ កំណត់ហេតុការពារព័ត៌មានស្រឡាញ់ ឬផ្លូវច្បាប់ លទ្ធផលនៃការធ្វើពិសោធន៍

វិធីនៃការបញ្ជូនកំណត់ហេតុដែលបានស្នើសុំ៖
 ប្រៃសណីយ៍ ទៅយកផ្ទាល់ ឧបករណ៍អេឡិចត្រូនិក (ស៊ីធី, USB)

អាសយដ្ឋាននៃការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញ (ត្រូវស្របតាមការអនុវត្ត)

សំណើរបស់អតិថិជន
 ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)៖ _____

តើទីភ្នាក់ងារទទួលបានអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មាននេះដែរឬទេ?

ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលបានការពាររបស់ខ្ញុំ បានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញដោយអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះ អាចនឹងលែងត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញបន្ថែមទៀតដោយអ្នកទទួលបានដោយមិនត្រូវការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំឡើយ។ ខ្ញុំយល់ផងដែរថា នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញ វាអាចនឹងមិនត្រូវបានកំណត់ទេ។

កាលបរិច្ឆេទចុះកំណត់៖ ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរហូតដល់ _____ / _____ / _____
ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ

ក្រសួងសុខាភិបាលក្រុង LOS ANGELES

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

សិទ្ធិរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការអនុញ្ញាតនេះ៖

សិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាត - ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំយល់ច្រមុះឬហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះដែលខ្ញុំមិនចាំបាច់ត្រូវស្នើសុំ ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានច្បាប់ចម្លងដែលមានចុះហត្ថលេខានៃទម្រង់ឯកសារនេះ។

សិទ្ធិអហ្គតការអនុញ្ញាត - ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការដកការអនុញ្ញាតនេះវិញបានគ្រប់គ្រងដោយឡែកដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់ LACDMDH។ ខ្ញុំអាចធ្វើការដកហូតការអនុញ្ញាតនៅខាងក្រោមនៃទម្រង់ឯកសារនេះ និងធ្វើប្រសិទ្ធិប្រែប្រួលការអហ្គតទៅ។

មនុស្សត្រូវទំនាក់ទំនង _____ ឈ្មោះ ទីភ្នាក់ងារ

អាសយដ្ឋាន _____ ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍

ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថាការអហ្គតនឹងមិនជះឥទ្ធិពលលើលទ្ធភាពរបស់ LACDMDH ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយក្នុងការប្រើប្រាស់ប្រដាប់ព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពសម្រាប់មូលហេតុដែលទាក់ទងនឹងទំនុកចិត្តពីមុននៅលើការអនុញ្ញាតនេះ ឬលុះត្រាត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

លក្ខខណ្ឌ៖ _____ ខ្ញុំយល់ថា _____ ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះដោយមិនប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពក្នុងការទទួលបានការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំទេ។ ទោះជាយ៉ាងណា LACDMDH

អាចកំណត់លក្ខខណ្ឌលើការផ្តល់ការព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតក្នុងការប្រើប្រាស់ ប្រដាប់ព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវនោះ។ (ឬអាចយ៉ាងទៀតថា ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតមានជាប់ទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវដែលរាប់បញ្ចូលការព្យាបាល អ្នកនឹងជំនួសទទួលបានការព្យាបាលនោះឡើយ លុះត្រាតែមានការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ឯកសារអនុញ្ញាត។)

ខ្ញុំមានឱកាសក្នុងការពិនិត្យ និងយល់ពីខ្លឹមសារនៃទម្រង់ឯកសារអនុញ្ញាតនេះ។ ដោយចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ ខ្ញុំអះអាងថាខ្ញុំបានយល់ពីលក្ខណៈសំខាន់ៗនៃទម្រង់ស្រុក។

X _____ X

ហត្ថលេខាអតិថិជន/អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ _____ កាលបរិច្ឆេទ

បើសិនបើការចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកដទៃក្រៅពីអតិថិជន សូមបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអហ្គត។

X _____

ការអនុញ្ញាត

ឈ្មោះអតិថិជន _____

ហត្ថលេខាអតិថិជន/អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ _____ កាលបរិច្ឆេទ

បើសិនជាបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកដទៃក្រៅពីអតិថិជន សូមបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអហ្គត។

ឈ្មោះបោះពុម្ព៖ _____

ទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអហ្គត៖ _____