**ការអនុញ្ញាតការធានារ៉ាប់រង និងការចាត់តាំងអត្ថប្រយោជន៍**

ខ្ញុំ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

 *ឈ្មោះអតិថិជន លេខសម្គាល់អតិថិជន DMH#*

អនុញ្ញាតឱ្យ [AGENCY NAME] បញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារ
ការធានារ៉ាប់រងដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ។

**ហត្ថលេខា** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **កាលបរិច្ឆេទ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ខ្ញុំបានចាត់ចែង និងអនុញ្ញាតការបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ដោយផ្ទាល់ទៅ [AGENCY NAME]។

**ហត្ថលេខា** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ជូនដំណឹងទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖**

*សូមចេញមូលប្បទានប័ត្រទាំងអស់ឱ្យ​បង់ទៅ* [**AGENCY NAME]** *និងផ្ញើទៅកាន់៖*

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**លេខសម្គាល់ពន្ធសហព័ន្ធ៖ [Agency Tax ID]**

សម្រាប់សំណួរ​នានា សូម​ទាក់​ទង​ទៅកាន់ [Agency Billing Office]

* អ៊ីមែល៖ [Billing Office/Contact e-mail]
* ទូរសព្ទ៖ [Billing Office phone number]