ទំរង់បែបបទនេះត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយសម្រួលការអនុលោមតាមច្បាប់នៃតំបន់ធនធានធម្មជាតិនៃការបង្ហាញតម្រូវការកែលម្អតំបន់ដែលមានផ្ទុកនីត្រូសែន 310 CMR 15.215(4)។

310 CMR 15.215(4) តម្រូវអោយម្ចាស់ដែលមានប្រព័ន្ធចម្រោះទឹកស្អាត​ ឬរចនាសម្ព័ន្ធនៃប្រព័ន្ធ​ ដើម្បីកំណត់ថាតើអចលនទ្រព្យ (ទីកន្លែង) របស់ពួកគេគឺស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ដែលមានផ្ទុកនីត្រូសែន។ MassDEP បានរៀបចំ និងដាក់អោយដំណើរការនៃ ផែនទីសម្រាប់ពិនិត្យមើលតំបន់ដែលមានផ្ទុកនីត្រូសែន​ នៅលើគេហទំព័ររបស់ខ្លួន ដោយបានបង្ហាញតំបន់ផ្សេងៗដែ-++លមានផ្ទុកនីត្រូសែននៅក្នុងសហគមន៍អន្តរជាតិ។

មុនពេលធ្វើការផ្ទេរសិទ្ធិអចលនទ្រព្យដែលមានទីតាំងស្ថិតនៅទីនោះ អ្នកផ្ទេរសិទ្ធិត្រូវបង្ហាញដល់អ្នកទទួល និងក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសុខភាពក្នុងតំបន់ថាតើទីកន្លែងនោះអាចធ្វើការកែលម្អបានទេ ដោយតម្រូវអោយមាន បច្ចេកវិទ្យាខ្ពស់ក្នុងការកាត់បន្ថយនីត្រូសែន។

អាស័យដ្ឋានទីកន្លែង: (#ផ្ទះ, ផ្លូវ, ទីក្រុង)

ឈ្មោះអ្នកផ្ទេរ: (ឈ្មោះ, ត្រកូល)

ឈ្មោះអ្នកទទួល: (ឈ្មោះ, ត្រកូល)

ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសុខភាព: (ទីក្រុង)

ខ្ញុំ, *ឈ្មោះអ្នកផ្ទេរ* , ធ្វើការបង្ហាញនៅទីនេះទៅកាន់, ឈ្មោះអ្នកទទួល , ថា, នៅ [កាលបរិច្ឆេទ], ផែនទីសម្រាប់ពិនិត្យមើលតំបន់ដែលមានផ្ទុកនីត្រូសែនរបស់ MassDEP បង្ហាញថាទីកន្លែងមានទីតាំងនៅ (អាស័យដ្ឋានទីកន្លែង):

\_\_\_\_\_ មានទីតាំងនៅក្នុងតំបន់ធនធានធម្មជាតិ តំបន់ដែលមានផ្ទុកនីត្រូសែន ដោយយោងទៅលើតម្រូវការស្ថិតក្នុង 310 CMR 15.215(2)(a) ឬ (b) ដើម្បីកែលម្អអោយមានបច្ចេកវិទ្យា កាត់បន្ថយនីត្រូសែនល្អបំផុត។

\_\_\_\_ មានទីតាំងនៅក្នុងតំបន់ធនធានធម្មជាតិ តំបន់ដែលមានផ្ទុកនីត្រូសែន ប៉ុន្តែមិនតម្រូវអោយមាន បច្ចេកវិទ្យាកាត់បន្ថយនីត្រូសែនល្អបំផុតដោយសារ:

\_\_\_\_ ប្រព័ន្ធចម្រោះទឹកស្អាតគឺមានទីតាំងនៅផ្លូវទឹកដែលតម្រូវការក្នុងការកែលម្អមិន មានប្រសិទ្ធភាពនាពេលបច្ចុប្បន្ន ពីព្រោះឯកសារផ្លូវច្បាប់ ឬការអនុញ្ញាតក្នុងការស្ដារទឹកមិនត្រូវបានដាក់ ជាសំណើរ ឬប្រព័ន្ធចម្រោះទឹកស្អាតមានទីតាំងនៅក្នុងតំបន់ដែលការលើកលែងពន្ធត្រូវបានដាក់សំណើរ (see 310 CMR 15.215(2)(a) and (b))។

\_\_\_\_បច្ចេកវិទ្យាក្នុងការលុបបំបាត់នីត្រូសែនដែលបានកើនឡើងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធចម្រោះទឹកស្អាតនៅ [ថ្ងៃទី], ជាថ្ងៃដែលស្ថិតនៅក្នុងពេលវេលាដែលបានកំណត់នៅក្នុង 310 CMR 15.215(2)(h), និងប្រព័ន្ធមិនទាន់ត្រូវបានកំណត់ក្នុងការកែលម្អ។

\_\_\_\_ មិនមានទីតាំងស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ធនធានធម្មជាតិ តំបន់ដែលមានផ្ទុកនីត្រូសែន។

ខ្ញុំ, អ្នកផ្ទេរ , បញ្ជាក់នៅទីនេះ, ខ្ញុំជឿថាព៌ត័មានដែលបានបង្ហាញទៅអ្នកទទួលនៅក្នុងទំរង់បែបបទ នេះគឺពិត និងច្បាស់លាស់។

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអ្នកផ្ទេរ កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខារបស់អ្នកទទួលគឺបញ្ជាក់ពីការទទួលស្គាល់នៃទំរង់បែបបទនៃការបង្ហាញនេះ:

ហត្ថលេខាអ្នកទទួល កាលបរិច្ឆេទ

***ច្បាប់ចម្លងដែលបានចុះហត្ថលេខានៃទំរង់បែបបទនេះនឹងត្រូវដាក់ជូនទៅកាន់ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសុខភាព និងហត្ថលេខានៃអ្នកតំណាងដែលបានផ្ដល់សិទ្ធិរបស់ពួកគេ គឺបញ្ជាក់ពីការទទួលស្គាល់:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិរបស់ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសុខភាព កាលបរិច្ឆេទ