

Commonwealth of Massachusetts  
 Department of Mental Health  
 ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អោយប្រើសំណុំរឿង  
 សងខាង

**1. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ / អ្នកដាក់ពាក្យ**

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ឈ្មោះដទៃទៀត: \_\_\_\_\_

ផ្លូវ: \_\_\_\_\_ លេខផ្ទះ: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង / ក្រុង : \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់: \_\_\_\_\_

លេខសូសុល #: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_

**2. ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើ:** ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត (DMH) ដើម្បីទទួលនិងបញ្ចេញព័ត៌មានរួមទាំងការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ពីប្តូរទៅកាន់បុគ្គលទីភ្នាក់ងារឬស្ថាប័នដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោម ដោយផ្ទាល់ឬសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

បុគ្គល ទីភ្នាក់ងារឬអង្គការ (ដូចជា ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ អ្នក ផ្តល់សេវាពិគ្រោះជំងឺ កម្មវិធី លំនៅដ្ឋាន ផ្សេងៗ)  ឈ្មោះ: _____ ឈ្មោះអ្នកត្រូវទទួល: _____ ផ្លូវ: _____ ក្រុង/ដំបន់: _____ រដ្ឋ / លេខកូដតំបន់: _____ ទូរស័ព្ទ: _____ ទូរសារ: _____	ព័ត៌មានទាក់ទង DMH:  ឈ្មោះ: _____ ផ្លូវ: _____ ក្រុង/ដំបន់: _____ រដ្ឋ / លេខកូដតំបន់: _____ ទូរស័ព្ទ: _____ ទូរសារ: _____ អ៊ីមែល: _____
---	--

**3. ពិនិត្យមើលដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានដែលអ្នកចង់អនុញ្ញាត: (គូសចំណុចដែលអនុញ្ញាត)**

ការវិនិច្ឆ័យសុខភាពនិងការព្យាបាលដោយចិត្តសាស្ត្រ អ្នកចិត្តសាស្ត្រ គិលានុបដ្ឋាយិកាសុខភាពគ្លីនិកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកសង្គមកិច្ចដែលទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងអស់។

កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងស្រុង មិនរាប់បញ្ចូលកំណត់ត្រាចិត្តសាស្ត្រដែលត្រូវការអនុញ្ញាតដាច់ដោយឡែក

<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាទាំងស្រុង (សុខភាពនិងសុខភាពផ្លូវចិត្ត)	<input type="checkbox"/> ISPs & IAPs	<input type="checkbox"/> ផែនការព្យាបាល
<input type="checkbox"/> សេចក្តីសង្ខេបការចេញពីពេទ្យ	<input type="checkbox"/> តេស្តសរសៃប្រសាទ	<input type="checkbox"/> ផ្ទេរកន្លែងសង្ខេប
<input type="checkbox"/> ឯកសារចូលពេទ្យ	<input type="checkbox"/> ការពិនិត្យរាងកាយ	<input type="checkbox"/> របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍

ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) / ព័ត៌មានបន្ថែម: \_\_\_\_\_

**4. កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលអ្នកចង់ចែករំលែក: (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទ)**

កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ: ពី: \_\_\_\_\_ ទៅ: \_\_\_\_\_

Commonwealth of Massachusetts  
 Department of Mental Health  
 ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អោយប្រើសំណុំរឿង  
 សងខាង

អ្នកជំងឺ / ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ: \_\_\_\_\_

**5. សូមបញ្ជាក់ជាមុនដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើមាននៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់អ្នក:**  
**(ជំហានទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)**

ឈ្មោះអក្សរអ្នកនៅទីនេះ: \_\_\_\_\_ លទ្ធផលតេស្តអេដស៍ (ការអនុញ្ញាតឱ្យមានសម្រាប់ស្នើសុំនិមួយៗ។)

ឈ្មោះអក្សរអ្នកនៅទីនេះ: \_\_\_\_\_ កំណត់ត្រាអំពីការរំលោភបំពានគ្រឿងស្រវឹងនិងគ្រឿងញៀនត្រូវបានការពារដោយ  
 ភាពសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធច្បាប់ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ច្បាប់របស់សហព័ន្ធហាមឃាត់  
 ការបង្ហាញបន្ថែមទៀតនៃរឿងនេះព័ត៌មានលុះត្រាតែការលាតត្រដាងត្រូវបានបញ្ជាក់  
 ច្បាស់លាស់ដោយសរសេរ ការអនុញ្ញាត របស់បុគ្គលដែលវាពាក់ព័ន្ធប្រើប្រាស់  
 អនុញ្ញាតដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ។

**6. គោលបំណងនៃការប្រើ: (ត្រូវតែជ្រើសរើសមួយ)**

ផ្ទាល់ខ្លួន     អ្នកថែទាំ     អ្នកបញ្ជូន     សម្រួលវិក័យប័ត្រ

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុផ្សេងទៀត

គោលបំណងផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់): \_\_\_\_\_

ខ្ញុំយល់ថា:

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកហូតសិទ្ធិនេះនៅពេលណាក៏បាន។
- ប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតសិទ្ធិនេះខ្ញុំត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងបញ្ជូនទៅ DMH នៅអាសយដ្ឋាន DMH ដែលមាននៅទីពឹងទីមួយឬការិយាល័យ DMH នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ។ (ស្វែងរកការិយាល័យតំបន់ DMH នៅ [www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory](http://www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory); សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-221-0053 ឬអ៊ីម៉ែល [dmhinfo@MassMail.State.MA.US](mailto:dmhinfo@MassMail.State.MA.US) )។
- ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះព័ត៌មានដែលបានប្រើប្រាស់រួចហើយនោះទេ ដោយអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះ។
- ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំទេ នៅពេលដែលច្បាប់ផ្តល់ឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខ្ញុំនូវសិទ្ធិក្នុងការចូលរួមក្នុងបណ្តឹងទាមទារសំណងក្រោមគោលនយោបាយរបស់ខ្ញុំ។
- នៅពេលដែលព័ត៌មានខាងលើត្រូវបានចេញផ្សាយអ្នកទទួលបានប្តូរវាឡើងវិញហើយព័ត៌មានប្រហែលជាមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់បឋមបញ្ជាក់ជនរបស់សហព័ន្ធប្រើប្រាស់ឡើយ។
- ការផ្តល់សិទ្ធិបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានកំណត់ខាងលើគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។
- ខ្ញុំមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលឬសេវាកម្មពី DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះផ្សេងទៀតកន្លែងឬទីភ្នាក់ងារ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយការខ្វះសមត្ថភាពក្នុងការចែករំលែកឬទទួលបានព័ត៌មានអាចរារាំង DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះកន្លែងឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ការថែទាំសមរម្យនិងចាំបាច់។

ការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់ (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទពេលវេលាប្រព្រឹត្តិការណ៍) \_\_\_\_\_

ឬប្រសិនបើគ្មានអ្វីត្រូវបានបញ្ជាក់នោះវានឹងផុតកំណត់មួយឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា។

**7. ហត្ថលេខា / លិខិតអនុញ្ញាត: ចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់ព័ត៌មានដូចមានចែងនៅខាងក្រោម។**

X \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់អ្នកឬហត្ថលេខាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

ឈ្មោះច្បាស់ៗរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា

ត្រូវការព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន:

ប្រភេទនៃសិទ្ធិ (ឧ។ តុលាការដែលបានតែងតាំងជាមាតាបិតាថែរក្សា): \_\_\_\_\_