

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
 ការអនុញ្ញាតអោយប្រើសំណុំរឿងចិត្តសាស្ត្រ
 សងខាង

1. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ / អ្នកដាក់ពាក្យ

ឈ្មោះ: _____ ឈ្មោះដទៃទៀត: _____
 ផ្លូវ: _____ លេខផ្ទះ: _____
 ទីក្រុង / ក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខកូដតំបន់: _____
 លេខសូសុល #: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____
 ទូរស័ព្ទ: _____

2. ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើ: ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត (DMH)
 ទទួលនិងដោះលែងការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រពីបុគ្គលម្នាក់ទៅទីភ្នាក់ងារឬទីភ្នាក់ងារដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមដោយផ្ទាល់មាត់ឬជាលាយ
 លក្ខណ៍អក្សរ។

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

3. កាលបរិច្ឆេទនៃចិត្តសាស្ត្រដែលអ្នកចង់ចែករំលែក: (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទ)

កាលបរិច្ឆេទនៃព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ: ពី: _____ ទៅ: _____

4. គោលបំណងនៃការប្រើ: (ត្រូវជ្រើសរើសមួយ)

ផ្ទាល់ខ្លួន
 អ្នកថែទាំ
 អ្នកបញ្ជូន
 សម្រួលវិក័យប័ត្រ
 ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុឬផ្សេងទៀត
 គោលបំណងផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់): _____

- ខ្ញុំយល់ថា:
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកហូតសិទ្ធិនេះនៅពេលណាមួយ។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតសិទ្ធិនេះខ្ញុំត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងបង្ហាញទៅ DMH នៅអាសយដ្ឋាន DMH ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការិយាល័យ DMH នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ។ (ស្វែងរកការិយាល័យតំបន់ DMH នៅ www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-221-0053 ឬអ៊ីមែល dmhinfo@MassMail.State.MA.US ។)
 - ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះព័ត៌មានដែលបានចេញផ្សាយរួចហើយនោះទេដោយអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះ។
 - ការដកហូតនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំទេនៅពេលដែលច្បាប់ផ្តល់ឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខ្ញុំនូវសិទ្ធិក្នុងការចូលរួមក្នុងបណ្តឹងទាមទារសំណងក្រោមគោលនយោបាយរបស់ខ្ញុំ។

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
 ការអនុញ្ញាតអោយប្រើសំណុំរឿងចិត្តសាស្ត្រ
សងខាង

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ / អ្នកដាក់ពាក្យសុំ: _____

ខ្ញុំយល់ថា:

- នៅពេលដែលព័ត៌មានខាងលើត្រូវបានចេញផ្សាយអ្នកទទួលអាចប្តូរវាឡើងវិញហើយព័ត៌មានប្រហែលជាមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឬបទបញ្ជាឯកជនរបស់សហព័ន្ធឬរដ្ឋឡើយ។
- ការផ្តល់សិទ្ធិបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានកំណត់ខាងលើគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។
- ខ្ញុំមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលឬសេវាកម្មពី DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះផ្សេងទៀតកន្លែងឬទីភ្នាក់ងារ
 ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយការខ្វះសមត្ថភាពក្នុងការចែករំលែកឬទទួលបានព័ត៌មានអាចរារាំង DMH និង / ឬមនុស្សដែលមានឈ្មោះកន្លែងឬភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ការថែទាំសមរម្យនិងចាំបាច់។

ការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់ (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទពេលវេលាឬព្រឹត្តិការណ៍) _____

ឬប្រសិនបើគ្មានអ្វីត្រូវបានបញ្ជាក់នោះវានឹងផុតកំណត់មួយឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា។

5. ហត្ថលេខា / លិខិតអនុញ្ញាត: ចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់ព័ត៌មានដូចមានចែងនៅខាងក្រោម។	
X _____ ហត្ថលេខារបស់អ្នកឬហត្ថលេខាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក _____ ឈ្មោះច្បាស់របស់អ្នកចុះហត្ថលេខា ត្រូវការព័ត៌មានដូចខាងក្រោមប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន: ប្រភេទនៃសិទ្ធិ (ឧ។ តុលាការដែលបានតែងតាំងជាមាតាបិតាថែរក្សា): _____	_____ កាលបរិច្ឆេទ