

ក្រសួងសុខាភិបាល ផ្នែកការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ និង ផ្លូវចិត្ត
ពាក្យបណ្តឹង

For Department Use Only
Date Received: ____/____/____
Received By: _____
Log #: _____

- | | | |
|--|---|---|
| <p>1. ឈ្មោះបុគ្គលដែលធ្វើពាក្យបណ្តឹង</p> <p>ក. _____</p> <p>ខ. _____</p> <p>គ. _____</p> | <p>មុខនាទី *</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>អស័យជ្ជាននិងលេខទូរស័ព្ទ (ឈ្មោះកម្មវិធី)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>2. ឈ្មោះបុគ្គលទទួលការបំរើដែលរងគ្រោះតាមពាក្យបណ្តឹងនេះ (បើមាន)</p> <p>ក. _____</p> <p>ខ. _____</p> <p>គ. _____</p> | <p>មុខនាទី *</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>អស័យជ្ជាននិងលេខទូរស័ព្ទ (ឈ្មោះកម្មវិធី)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>3. ឈ្មោះបុគ្គលដែលត្រូវគេប្តឹង</p> <p>ក. _____</p> <p>ខ. _____</p> <p>គ. _____</p> | <p>មុខនាទី *</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>អស័យជ្ជាននិងលេខទូរស័ព្ទ (ឈ្មោះកម្មវិធី)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>4. បុគ្គលដែលបំពេញពាក្យបណ្តឹងនេះ (បើខុសពីខាងលើ): _____</p> <p>_____</p> | | |
| <p>5. ពេលវេលាដែលឧប្បត្តិហេតុកើតឡើង (ថ្ងៃទីនិងពេលម៉ោង) ? _____</p> <p>_____</p> | | |
| <p>6. ទីកន្លែងដែលឧប្បត្តិហេតុកើតឡើង? _____</p> <p>_____</p> | | |
| <p>7. សូមអធិប្បាយអំពីឧប្បត្តិហេតុនេះ (សូមសរសេរពីខាងក្រោយនិង/ឬសរសេរលើក្រដាសបន្ថែមទៀត បើសិនជាត្រូវការ):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | |

* មុខនាទី : C = អ្នកទទួលការបំរើ; E = បុគ្គលិកធ្វើការ; H = កុមារប្រឹក្សាសិទ្ធិមនុស្ស; R = សាច់ញាតិ; O = បុគ្គលដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)

7. ឧប្បត្តិហេតុដែលកើតឡើង (បន្ត):

Lined area for writing details of the incident.

() សូមគូសក្នុងរង្វង់នេះ បើសិនជាមានក្រដាសបន្ថែមភ្ជាប់មកជាមួយទៀត

បើសិនជាអ្នកមានឆ្មារចន្លោះពី 18 ឆ្នាំ ទៅ 59 ឆ្នាំ ហើយត្រូវទទួលបានគ្រោះដោយសារគេធ្វើបាបទាំងផ្នែកផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្ត លោកអ្នក អាចទូរស័ព្ទទៅលេខពិសេសប្រចាំការ 24 ម៉ោងនៃទីស្នងការការពារជនពិការ (The Disabled Person Protection Commission 24 hour Hotline) លេខ (800) 426-9009 ។

ច្បាប់បានតម្រូវឲ្យបុគ្គលិកនៃក្រសួងសុខាភិបាលផ្នែកអារម្មណ៍និងផ្លូវចិត្តនិងទីភ្នាក់ងារឯកជនដែលធ្វើការបម្រើជនពិការ រាយការណ៍ទៅ លេខទូរស័ព្ទពិសេសប្រចាំការ 24 ម៉ោងនៃទីស្នងការការពារជនពិការលេខ (800) 426-9009 ជាបន្ទាន់ បើសិនជាគេមានជំនឿថា មានជនពិការណាមួយពី 18 ឆ្នាំ ទៅ 59 ឆ្នាំ បានទទួលបានគ្រោះដោយសារគេធ្វើបាបទាំងផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្ត។ បន្ទាប់ពីទូរស័ព្ទមក បុគ្គលិក នោះត្រូវធ្វើសេចក្តីរាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅទីស្នងការ DPPC នេះក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង។

ថ្ងៃទី

ហត្ថលេខានៃអ្នកបណ្តឹង