



This box is for Office Use Only	
Date of Receipt:	_____
Time of Receipt:	_____
Control Number:	_____
Barrier fee:	_____
First Floor:	_____
Elderly Handicapped:	_____
Race and/or Ethnicity:	_____
Priority /Preference	_____
Category:	_____
Language:	_____

**ពាក្យសុំតម្រូវឲ្យមានការសម្របសម្រួលសម្រាប់ជនចាស់ និងមនុស្សចាស់ដាច់ខាត**  
**MRVP, & AHVP**

ពាក្យសុំមិនពេញលេញ និងមិនត្រូវបានដំណើរការទេ។ សូមបំពេញក្របខណ្ឌនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងប្រើប្រាស់ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនពាក់ព័ន្ធ សូមសរសេរថា មិនពាក់ព័ន្ធ។ សូម ប្រកាសឲ្យបានច្បាស់លាស់អំពីការសុំសម្របសម្រួល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការធនធានបន្ថែមដើម្បីជ្រាបពីលម្អិត សូមទាក់ទងមន្ត្រីបន្ថែម។ នៅពេលបំពេញពាក្យសុំ សូមប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ ឬភាសាដទៃទៀត បើមាន ការសង្ស័យអំពីភាសាដែលអ្នកប្រើប្រាស់។ សូមពិនិត្យបញ្ជីអាសយដ្ឋានជនចាស់ដាច់ខាត និងបញ្ជីអាសយដ្ឋានជនចាស់ដាច់ខាត លើគេហទំព័ររបស់យើង ឬចុះផ្សាយ/ផ្សព្វផ្សាយ មិនមែនជាជនចាស់ដាច់ខាត។

1. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្ន: \_\_\_\_\_ អាសយដ្ឋានចំណុះ: \_\_\_\_\_

ក្រុម/ទីក្រុម: \_\_\_\_\_ រយៈពេល: \_\_\_\_\_ ឃុំ/សង្កាត់: \_\_\_\_\_

ត្រូវបានជួន: \_\_\_\_\_ ត្រូវបានជួនដោយ: \_\_\_\_\_

លេខប្រសិទ្ធិស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្ន: \_\_\_\_\_ ត្រូវបានជួនដោយ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានថ្មីសំបុត្រ: \_\_\_\_\_ អាសយដ្ឋានចំណុះ: \_\_\_\_\_

ក្រុម/ទីក្រុម: \_\_\_\_\_ រយៈពេល: \_\_\_\_\_ ឃុំ/សង្កាត់: \_\_\_\_\_

2. ប្រភេទជនចាស់ដាច់ខាតដោយស្ម័គ្រចិត្ត:  Elderly  Non-Elderly, Handicapped

Congregate Elderly/Handicapped  Family  MRVP  AHVP

ចំណាំ : ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ជនចាស់ដាច់ខាត/ជនចាស់ដាច់ខាត អ្នកត្រូវតែមានអាយុយ៉ាងតិច 60 ឆ្នាំ ឬជាមនុស្សពិការ។ ប្រសិនបើអ្នកមានភាព ពិការ ភាពពិការត្រូវតែមិនមែនជាមធ្យមសេដ្ឋកិច្ច ឬជំងឺប្រើប្រាស់។ ប្រសិនបើអ្នកមានភាពពិការ អ្នកត្រូវតែជួនសេចក្តីបញ្ជាក់ដោយរដ្ឋប្រើប្រាស់បញ្ជាក់ ច្បាស់ថា អ្នកមានភាពពិការ ហើយត្រូវបានរំពឹងទុកថាមានយល់ពេលយូរ និងមិនកំណត់យ៉ាងហោចណាស់ចំនួន ៥ ឆ្នាំ ជាងនេះទៀត LHA និងត្រូវកំណត់ថា លក្ខណៈសម្របសម្រួលសម្រាប់ជនចាស់ដាច់ខាត ឬ ទីជម្រកសម្រាប់ជនចាស់ដាច់ខាត មិនមែននៅក្នុងផ្ទះរបស់យើង (ហើយថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំប្រឈមនឹងការរស់នៅក្នុងមន្ទីរ ឬ ទីជម្រកក្រោមបណ្តាញសម្របសម្រួល ឬអ្នកដាក់ពាក្យសុំកំពុងរស់នៅក្នុងប្រទេសខ្មែរ)។

3. ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនមែនជនចាស់ដាច់ខាត អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់ប្រភេទខាងក្រោម :

ចំណាំ : ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ជនចាស់ដាច់ខាត អ្នកត្រូវតែ “មិនមានជំងឺម្យ៉ាង” ដែលត្រូវបានកំណត់ដោយគ្រូពេទ្យគ្រប់គ្រងថាជា : អ្នកដាក់ ពាក្យសុំដែលមិនមានកំរិតជំងឺ ឬប្រព័ន្ធកម្រិតជំងឺដែលមានការតំរូវឱ្យបន្ថែម និងជួនថាជាជំងឺ ឬសុខភាព ដែលនឹងត្រូវបាន កាត់បន្ថយដោយការដាក់នៅក្នុងបណ្តាញសម្របសម្រួល ដែលមិនបានបណ្តាលឱ្យ ឬរួមចំណែកដល់ជំងឺស្ថានភាពនេះ ដែលបានធ្វើការវិនិច្ឆ័យប្រើប្រាស់បំពុក ដើម្បី ចប់ស្ថានភាព និងកំរិតជំងឺនៅក្នុងបណ្តាញសម្របសម្រួល និងអ្នកដែលត្រូវបានដាក់នៅក្នុងបណ្តាញសម្របសម្រួលដោយសារមូលហេតុមួយក្នុងចំណោមមូលហេតុខាង ក្រោម។ សូមគូសយកមូលហេតុដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺស្ថានភាពរបស់អ្នក។

- ត្រូវបានដាក់បញ្ជូនដោយគ្រោះថ្នាក់ជិត (ឧទាហរណ៍ អគ្គិសនី ទឹកជំនន់ រញ្ជួយដី)
- ត្រូវបានដាក់បញ្ជូនដោយវិធានការណ៍សាធារណៈ (ការកែលម្អក្រុង កំបង់ត្រួតត្រាសំខាន់ៗ)
- ត្រូវបានដាក់បញ្ជូនដោយវិធានការណ៍សាធារណៈ (ការមិនយល់ព្រមចំពោះផ្ទះ ការបំពានក្រាម)
- ត្រូវបានដាក់បញ្ជូនដោយការមិនមានកំហុសនៃជម្រក ភាពអាសន្នរដ្ឋបាលស្រុក និង/ឬជនបង្កើននៃការបំពាន (អំពីបរិស្ថានស្រុក) ដែលមានភាពមិនជម្រក រួមចំណែកយ៉ាងសំខាន់ ឬការតំរូវឱ្យបន្ថែម និងសុខភាពរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។

ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់ប្រភេទខាងក្រោម អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំបន្ថែម បន្ថែមទៅលើពាក្យសុំតម្រូវឲ្យមានការសម្របសម្រួល។ រាល់ពាក្យសុំបន្ថែមនេះ ត្រូវតែបំពេញដោយយល់ព្រមដោយសេចក្តីស្របចិត្តរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។

4. ការរៀបចំផែនការ: បន្ថែមទៅលើការចុះឈ្មោះចុះតាមការចាំបាច់កំបាំងសំបកប័ណ្ណប្រក្រតីដោយអ្នកស្នាក់នៅក្នុងអគារ ឬក្រុមប្រឹក្សាភិបាលអគារចុះតាមការចាំបាច់កំបាំង ផ្អែកតាមកង្វែងដោយអ្នកច្រើន។

សូមឱ្យសេចក្តីជ្រាបក្រោម:

• ផ្តល់ជូនឈ្មោះទីក្រុង/ក្រុងដោយអ្នកច្រើន : \_\_\_\_\_

• ផ្តល់ជូនកាលបរិច្ឆេទនៃការច្រើន : ពី : \_\_\_\_\_ ដល់ : \_\_\_\_\_  
 ត្រូវបានកំណត់ : \_\_\_\_\_

5. ការរៀបចំផែនការសហគ្រាស :

សំបែក Family Housing: អ្នកអាចជាក់ស្តែងសំបែកផែនការសហគ្រាស ប្រសិនបើអ្នកជាអតិថិជន ប្តី-ប្រពន្ធ ឬ-

a. ប្រពន្ធដែលនៅស្រី ឬកូនដើមស្រីប្រពន្ធដែលបានរំលែកជាមួយប្រពន្ធដែលនៅស្រីស្រីជាមួយអតិថិជន។

សំបែក Elderly / Handicapped Housing: អ្នកអាចជាក់ស្តែងសំបែកផែនការសហគ្រាស

b. ប្រសិនបើអ្នកជាមេធាវីនៅទីក្រុង/ក្រុងនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកជាក់ស្តែងសំបែកផែនការសហគ្រាស សូមរាយបញ្ជីកាលបរិច្ឆេទនៃការច្រើនសហគ្រាសអាមេរិក។ សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទសំបែកច្រើន ទីពឹងភេស ទីពឹងទឹក ឆ្នាំសម្រេច ទីពេលកាល ឬប្រពន្ធគ្រប់គ្រង។

កាលបរិច្ឆេទច្រើន : ពី : \_\_\_\_\_ ដល់ : \_\_\_\_\_

សំណុំឯកសារនៃប្រព័ន្ធ DD214 របស់ក្រសួងការពារជាតិសហគ្រាសសហគ្រាស ប្រើប្រាស់សំបែកស្នាក់នៅ។

6. តើអ្នកមានការក្លែងប្រែលក្ខណៈពិការភាព ឬការក្លែងប្រែលក្ខណៈប្រព្រឹត្តទុច្ចរិត ក្នុងការដាក់ឈ្មោះនៅទីនេះមួយដំបូលបង្អស់ឬទេ?  
 ឃើញ?  ឆា\_ឆា  ទេ

សូមបញ្ជាក់ : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. តើអ្នកត្រូវការអាជ្ញាប័ណ្ណដើម្បីដាក់ឈ្មោះនៅទីនេះឬទេ?  ឆា\_ឆា  ទេ

8. ចំនួនបន្ទប់ដេកចំនួន:  1  2  3  4  5

ចំណាំ : ការអភិវឌ្ឍន៍ជម្រកសំបែកផែនការសហគ្រាស/ផែនការភាគច្រើនបំផុត មានតែក្នុងបន្ទប់ដេក 1 តែប៉ុណ្ណោះ។

9. តើបច្ចុប្បន្នអ្នកកំពុងស្នាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងមធ្យមនិមិត្តស្រី ដោយការចុះឈ្មោះរបស់រដ្ឋក្រោមកម្មវិធី Massachusetts Alternative Housing Voucher Program ឃើញ?  ឆា\_ឆា  ទេ

10. តើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានច្បាប់ដែរទេ?  បាទ\_ចាស  ទេ

ម៉ាកច្បាប់ : ឆ្នាំ : \_\_\_\_\_ លេខចុះបញ្ជី : \_\_\_\_\_

ម៉ាកច្បាប់ : ឆ្នាំ : \_\_\_\_\_ លេខចុះបញ្ជី : \_\_\_\_\_

11. សមាជិកគ្រួសារដែលត្រូវរស់នៅក្នុងកន្លែងស្នាក់នៅ ដោយរួមបញ្ចូលទាំងមេគ្រួសារ :

នាមក្រក្កាប និងនាមខ្លួន	ទំនាក់ទំនងជាមួយ មេគ្រួសារ	សញ្ជាតិ*	ជនជាតិ**	លេខសន្តិសុខ សង្គម***	ភេទ	ថ្ងៃខែឆ្នាំ កំណើត	មុខរបរ • មានការងារធ្វើ • នៅផ្ទះ • ពិការ • សិស្ស_និស្សិត
	<b>មេគ្រួសារ</b>						

\*សញ្ជាតិ: អាមេរិកកាត់ត្រាល្អ ឬជនជាតិដើមអាស៊ីអាគ្នេយ៍ អាស៊ី ស្ត្រីកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកកាត់អាមេរិក ជនជាតិដើមហៃវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត ស្ត្រីកខ្មៅ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)។

\*\*ជនជាតិ: អេស្ត្រាលី អាមេរិកខាងត្បូង ឬមិនមែនអេស្ត្រាលី អាមេរិកខាងត្បូង  
ការធ្វើយកបន្តិចបន្តួចនេះគឺជាការបន្ទាប់បន្សំ។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកកាត់ត្រានិងនីតិវិធីប្រើសេវាសង្គមជូន អាចប៉ះពាល់ដល់ការកំណត់នេះ។ “ជនជាតិភាគតិច” មិន  
បញ្ចូលក្នុង “ស្ត្រីកខ្មៅ” ឡើយ បើប៉ុន្តែនោះទេលុះត្រាតែមានការកំណត់សញ្ជាតិផ្សេងទៀត ឬ “អេស្ត្រាលី អាមេរិកខាងត្បូង”។

\*\*\* ព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្សេងៗគ្នាដូចជា ចំណុះ ទ្រព្យសម្បត្តិ និងព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាបច្ចេកទេស។

12. តើមានការរំពឹងទុកថាផ្ទះរបស់អ្នកអាចត្រូវបានរំលែកទេ?  បាទ\_ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ\_ចាស

តើប្រភេទបុព្វហេតុជាមួយ? \_\_\_\_\_

នៅពេលណា?



13. **ប្រាក់ចំណូលមុនការកាត់ចេញ** : ប៉ាន់ស្មានប្រាក់ចំណូលមុនពីការទុកសំរាប់សមាជិកគ្រួសារ ទាំងអស់ ពីប្រភេទទាំងអស់សំរាប់រយៈពេល 12 បន្ទាប់។ សូមបញ្ជាក់ប្រភេទទាំងអស់។

ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារ		ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននិយោជក ឬប្រភេទនៃប្រាក់ចំណូល	ប្រាក់ចំណូលសំរាប់រយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់
	ប្រេងស្បៀង ប្រាក់ប្តូរ រួមទាំងប្រាក់ថែមម៉ោង លុយជើង		\$
	ប្រេងស្បៀង ប្រាក់ប្តូរ រួមទាំងប្រាក់ថែមម៉ោង លុយជើង		\$
	ប្រាក់ចំណូលស្នូលពីអាជីវកម្ម ឬអាជីព		\$
	ប្រាក់ចំណូលពីមូលនិធិ ការប្រាក់ ភាគរួម		\$
	សំណប់ពីការអត់ការងារធ្វើ ឬពិការភាព		\$
	សោធននិវត្តន៍ និងការបង់ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ		\$
	អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមជាប្រចាំ និង/ឬ SSI		\$
	ប្រាក់ចំណូលពិការភាព VA		\$
	TAFDC ឬជំនួយសាធារណ		\$
	ប្រាក់ជំនួយបន្ទាប់ពីការបែងចែកជាប្រចាំ		\$
	ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត		\$

**ប្រាក់ចំណូលសរុប :** \$ \_\_\_\_\_



14. **ការចំណាយ :**

ការចំណាយរដ្ឋសម្រាប់បំណុលសំរាប់ការិយាល័យ :	\$
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនបន្ទាប់ពីការលើសលះ :	\$
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព :	\$
ផ្សេងៗ : ( ធានាបំណុលសំរាប់ការថែទាំកូនប្រុស/ស្រី ឬជនអសមត្ថភាពប្រសិនបើចាំបាច់សំរាប់ការងារ )	\$

15. **ទ្រព្យសម្បត្តិ :** តើអ្នកមានអចលនទ្រព្យផ្ទាល់ខ្លួនដែរទេ?  បាទ\_ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ\_ចាស សូមផ្តល់នាមអចលនទ្រព្យ : \_\_\_\_\_

សូមរាយបញ្ជីទ្រព្យសម្បត្តិរបស់គ្រប់ៗគ្នាដែលត្រូវរស់នៅក្នុងតំបន់កំណត់នៅ។ សូមបញ្ជាក់គោលនិយោគសំរាប់ការងារ ភាគហ៊ុន មូលបត្រ មូលនិធិ អចលនទ្រព្យ។ សូមបញ្ជាក់លេខសំលេងកម្រៃស្បៀង ឬស្បៀង ឬស្បៀង។ សូមប្រើប្រាស់ក្រណាត់ប្រសិនបើចាំបាច់។

សមាជិកគ្រួសារ	ប្រភេទទ្រព្យសម្បត្តិ	តម្លៃទ្រព្យសម្បត្តិ ប្រសិនបើមាន	លេខស្តង់ដារបញ្ជីរដ្ឋ	លេខគោល
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

16. តើអ្នកបានលក់ រង្វង់ ឬផ្តល់អចលនទ្រព្យ ឬទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងរយៈពេល (3) ឆ្នាំចុងក្រោយដែរទេ?  បាទ\_ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ\_ចាស កាលបរិច្ឆេទនៃការលក់/ការរង្វង់ : ខែ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ \_\_\_\_\_  
 ចំនួននៃការលក់/ការរង្វង់ : \_\_\_\_\_  
 តម្លៃនៃការលក់/ការរង្វង់ : \_\_\_\_\_



17. **អ្នកជំនាញជំនួស :** សូមរាយបញ្ជីអ្នកជំនាញជំនួសនៃការងារនេះ មិនត្រូវជាសមាជិកក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសហគ្រាសឡើយ។

(1) ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_ ក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ ហ្វ្រីបក្ស: \_\_\_\_\_

(2) ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_ ក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ ហ្វ្រីបក្ស: \_\_\_\_\_

18. **ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសហគ្រាសប្រឹក្សាភិបាលសហគ្រាស** សំរាប់រយៈពេលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយនៅក្នុងរបាយការណ៍សហគ្រាស។ សូមរាយបញ្ជីអ្នកកាន់កិច្ចសន្យាជួលចម្បង (មេត្រាមេ) ប្រសិនបើមានលោកគ្រូបង្គោលអ្នក (សូមប្រើប្រាស់តម្លៃប្រសិនបើចាំបាច់)

(1) ឈ្មោះអ្នកកាន់កិច្ចសន្យាចម្បង: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_ លេខអាជីវកម្ម: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទពី: \_\_\_\_\_ ដល់: \_\_\_\_\_  
 ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ ហ្វ្រីបក្ស: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះម្ចាស់ផ្ទះ: \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋានម្ចាស់ផ្ទះ: \_\_\_\_\_ ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ ហ្វ្រីបក្ស: \_\_\_\_\_

តើម្ចាស់ផ្ទះនេះបាននាំមកនូវវិធានការណ៍គុណភាពលាមួយ ចំពោះអ្នកកាន់កិច្ចសន្យាជួល ឬអ្នកដទៃទេ? (គុណភាព)  ពេញលេញ  មិនទេ

តើម្ចាស់ផ្ទះនេះបង្វែរសេវាកម្មសេវាសុខភាពលាមួយឲ្យអ្នកដទៃទេ? (គុណភាព)  ពេញលេញ  មិនទេ  មិនដឹង

(2) ឈ្មោះអ្នកកាន់កិច្ចសន្យាចម្បង: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_ លេខអាជីវកម្ម: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទពី: \_\_\_\_\_ ដល់: \_\_\_\_\_  
 ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ ហ្វ្រីបក្ស: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះម្ចាស់ផ្ទះ: \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋានម្ចាស់ផ្ទះ: \_\_\_\_\_ ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ ហ្វ្រីបក្ស: \_\_\_\_\_

តើម្ចាស់ផ្ទះនេះបាននាំមកនូវវិធានការណ៍គុណភាពលាមួយ ចំពោះអ្នកកាន់កិច្ចសន្យាជួល ឬអ្នកដទៃទេ? (គុណភាព)  ពេញលេញ  មិនទេ

តើម្ចាស់ផ្ទះនេះបង្វែរសេវាកម្មសេវាសុខភាពលាមួយឲ្យអ្នកដទៃទេ? (គុណភាព)  ពេញលេញ  មិនទេ  មិនដឹង

(3) ឈ្មោះអ្នកកាន់កិច្ចសន្យាចម្បង: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_ លេខអាជីវកម្ម: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទពី: \_\_\_\_\_ ដល់: \_\_\_\_\_  
 ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ ហ្វ្រីបក្ស: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះម្ចាស់ផ្ទះ: \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋានម្ចាស់ផ្ទះ: \_\_\_\_\_ ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ ហ្វ្រីបក្ស: \_\_\_\_\_

តើម្ចាស់ផ្ទះនេះបាននាំមកនូវវិធានការណ៍គុណភាពលាមួយ ចំពោះអ្នកកាន់កិច្ចសន្យាជួល ឬអ្នកដទៃទេ? (គុណភាព)  ពេញលេញ  មិនទេ

តើម្ចាស់ផ្ទះនេះបង្វែរសេវាកម្មសេវាសុខភាពលាមួយឲ្យអ្នកដទៃទេ? (គុណភាព)  ពេញលេញ  មិនទេ  មិនដឹង

19. តើអ្នក ឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នក ធ្លាប់ចូលបានជំនួយផ្គត់ផ្គង់ជម្រកពីភ្នាក់ងារផ្គត់ផ្គង់ជម្រកនេះ ឬផ្សេងទៀតណាមួយដែរទេ?  
 (តុលយកម្ម)  បាទ\_ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ\_ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះមេគ្រួសារនាពេលនោះ : \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះភ្នាក់ងារផ្គត់ផ្គង់ជម្រក : \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទដែលបានប្រើប្រាស់ : \_\_\_\_\_

មូលហេតុដែលបាន

ប្រើប្រាស់ : \_\_\_\_\_

នៅពេលដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់ តើអ្នកបានអនុវត្តតាមកិច្ចសន្យាជួល និងសេចក្តីតម្រូវនៃកម្មវិធីផ្សេងទៀតដែរទេ?

(តុលយកម្ម)  បាទ\_ចាស  ទេ

ប្រសិនបើទេ

សូមពន្យល់ : \_\_\_\_\_

20. តើអ្នកគឺជាសមាជិកក្រុមប្រឹក្សាភិបាល និង/ឬសមាជិកគ្រួសារសេដ្ឋកិច្ច និងសេដ្ឋកិច្ចរបស់សមាជិកក្រុមប្រឹក្សាភិបាលរបស់អាជ្ញាធរផ្គត់ផ្គង់ជម្រកនេះដែរទេ?  
 បាទ\_ចាស  ទេ ប្រសិនបើប៉ុន្តែ នេះនឹងមិនចាំបាច់កាលបើសមាជិកក្រុមប្រឹក្សាភិបាលរបស់អ្នកឈ្មោះឡើយ។

ប្រសិនបើបាទ\_ចាស

សូមពន្យល់ : \_\_\_\_\_

21. តើអ្នកមានសត្វលិក្ខិមដែរទេ?  បាទ\_ចាស  ទេ

ប្រសិនបើប៉ុន្តែ តើប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_

សូមប្រៀបធៀប : \_\_\_\_\_

22. អ្នកទំនាក់ទំនងពេលមានអាសន្ន : ឈ្មោះសាច់ញាតិ ឬមិត្តភក្តិដែលមិនមានគម្រោងរស់នៅជាមួយអ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងទាក់ទងមនុស្សនេះ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំ  
 មិនអាចជួបអ្នកបាននៅក្នុងករណីអាសន្ន។

ឈ្មោះ : \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនង : \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន : \_\_\_\_\_

ក្រុង : \_\_\_\_\_

រដ្ឋ : \_\_\_\_\_

ហ្វឺស

កូដ

ទូរស័ព្ទ : \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទនៅ

ទូរស័ព្ទ

កន្លែងធ្វើការ : \_\_\_\_\_

ថ្ងៃ : \_\_\_\_\_

អ៊ីម៉ែល : \_\_\_\_\_



23. កំណត់ត្រាបច្ចេកទេស : តើអ្នក ឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលនឹងរស់នៅក្នុងកន្លែងស្នាក់នៅ ធ្លាប់ត្រូវបានបានប្រកាន់អំពីបច្ចេកទេសដទៃ?

បាទ\_ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ\_ចាស

សូមពន្យល់ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. តើអ្នក ឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលនឹងរស់នៅក្នុងកន្លែងស្នាក់នៅ មានបញ្ហាបច្ចេកទេសណាមួយកំពុងរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចដទៃ?

បាទ\_ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ\_ចាស

សូមពន្យល់ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**សេចក្តីបញ្ជាក់របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ :**

ខ្ញុំដឹងថា ពាក្យសុំនេះមិនមែនជាការផ្តល់ជូនដល់ជ្រកក្រោមឡើយ។ ខ្ញុំដឹងថា អាជ្ញាធរផ្តល់ជ្រកក្រោម និងមិនផ្តល់កន្លែងស្នាក់នៅនៃជ្រកក្រោមចរលេសមរម្យ លើសពីមួយឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនទទួលបានការបំណិពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំនិងត្រូវបានដកចេញពីបញ្ជីរង់ចាំ ហើយប្រសិនបើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំឡើងវិញ ពាក្យសុំ របស់ខ្ញុំនឹងមិនទទួលបានស្ថានភាពអាទិភាព ឬការចាញ់បានណាមួយដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនលើពាក្យសុំពីមុនសំរាប់រយៈពេល (3) ឆ្នាំ។

ផ្នែកតាមពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមិនត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវណាមួយដើម្បីចាកចេញ ឬបញ្ចប់ការផ្តល់ជូនរបស់ខ្ញុំ រហូតទាល់តែខ្ញុំបាន ទទួលបានសិទ្ធិផ្តល់កន្លែងស្នាក់នៅ ជាលទ្ធផលក្នុងអក្សរពីអាជ្ញាធរផ្តល់ជ្រកក្រោម។ ខ្ញុំដឹងថា វាគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការ ជូនដំណឹងអាជ្ញាធរផ្តល់ជ្រកក្រោមជាលទ្ធផលក្នុងអក្សរអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៃអាសយដ្ឋាន ច្រកចំហូល ឬសមាសភាពគ្រួសារ។ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យអាជ្ញាធរផ្តល់ជ្រកក្រោមស៊ើបអង្កេត ដើម្បី ផ្ទៀងផ្ទាត់ក៏មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា វាក៏មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូននៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំដឹងថា សេចក្តីបញ្ជាក់មិនត្រឹមត្រូវ ឬ ការបង្កើតមិនត្រឹមត្រូវណាមួយ អាចនាំឱ្យមានការបដិសេធពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ។ **ខ្ញុំដឹងថា អាជ្ញាធរផ្តល់ជ្រកក្រោម និងស្នាក់នៅមានអំពីកំណត់ត្រាបច្ចេកទេសប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិបច្ចេកទេស និងថ្លៃការវិនិយោគលើជាក់ ព្រមទាំងការស្រាវជ្រាវតាម អ៊ិនធឺណិតសំរាប់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់។**

ត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយស្មិត ក្រោមការលើចប់ និងការពិនិត្យនៃការរក្សាតារាង។ ខ្ញុំដឹងថាសំណើចម្លងនៃពាក្យសុំនេះ និងសំណើចម្លងនៃ ហត្ថលេខានេះ មានសុពលភាពរហូតដល់ដើមរយៈពេល។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ : \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ : \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់អ្នកវិនិច្ឆ័យ : \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ : \_\_\_\_\_

