

បែបបទប្រកាសសុខភាពសម្រាប់សំណើសុំបន្តសុពលភាពបន្តសន្យារ៉ាប់រងទៀតវិញ របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម

(សូមបំពេញបែបបទនេះតែក្នុងករណីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម ខុសពីម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន)

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ៖ ពាក្យស្នើសុំលេខ៖

(សូមបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះដោយប្រើប៊ិចព័ណ៌ខៀវ) កាលបរិច្ឆេទពាក្យស្នើសុំ៖ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ផ្នែកទី១៖ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២
ឈ្មោះពេញដូចអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬ លិខិតឆ្លងដែន ឬ សំបុត្រកំណើត	ខ្មែរ <input style="width: 100%;" type="text"/> ឡាតាំង <input style="width: 100%;" type="text"/>	ខ្មែរ <input style="width: 100%;" type="text"/> ឡាតាំង <input style="width: 100%;" type="text"/>
ការងារ ឬមុខរបរបច្ចុប្បន្ន (មុខតំណែង)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ភារកិច្ចពិតប្រាកដ (កិច្ចការប្រចាំថ្ងៃ និងកន្លែងធ្វើការជាដើម)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

ផ្នែកទី ២៖ ព័ត៌មានសុខភាព

(ប្រសិនបើចន្លោះទុកជូនមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសរសេរ សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម និងភ្ជាប់មកជាមួយលទ្ធផលតេស្ត ឬកំណត់ត្រាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការពិនិត្យ និងព្យាបាលសុខភាព។)

	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២
	ស.ម គ.ក្រ	ស.ម គ.ក្រ
១ (ក) កម្ពស់ ទម្ងន់	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
(ខ) ក្នុងរយៈពេល ៦ ខែកន្លងមកនេះ តើទម្ងន់អ្នកមានឡើងឬស្រក លើស ៣ គីឡូក្រាមដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការឡើង ឬស្រកទម្ងន់?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
២ (ក) តើអ្នកជក់ ឬ ធ្លាប់ជក់បារី ឬ ថ្នាំជក់ផ្សេងៗទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីចំនួនដើម ឬបរិមាណដែលអ្នកជក់ក្នុងមួយថ្ងៃ និងរយៈពេលជក់យូរប៉ុណ្ណា?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
(ខ) តើអ្នកពិសា ឬ ធ្លាប់ពិសា ស្រាបៀរ គ្រឿងស្រវឹង ឬ ភេសជ្ជៈមានជាតិស្រវឹងផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទ បរិមាណ ឬ ចំនួនដប ឬកំប៉ុង ដែលអ្នកពិសាក្នុងមួយថ្ងៃ និង ញឹកញាប់កម្រិតណាក្នុងមួយសប្តាហ៍?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
(គ) តើអ្នកមានប្រើប្រាស់ឱសថដែរឬទេក្នុងពេលថ្មីៗនេះ? តើអ្នកមានទទួលបានការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថជាប្រចាំដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទថ្នាំ និងមូលហេតុនៃការប្រើប្រាស់?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
(ឃ) តើអ្នកប្រើប្រាស់ ឬ ធ្លាប់ប្រើប្រាស់ ថ្នាំញៀន ថ្នាំញោច ឬសារធាតុញៀនផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទនៃថ្នាំ និងមូលហេតុនៃការប្រើប្រាស់?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

(ង) តើអ្នកបានចូលរួម ឬមានបំណងចង់ចូលរួមកិច្ចការដែលមានគ្រោះថ្នាក់ (មុជក្រោមទឹក ឡើងភ្នំ លោតធំត្រយោង ឃ្មានសំកាំង កីឡាប្រណាំង-ល-) ណាមួយដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	

៣. តើអ្នកមាន ឬធ្លាប់ទទួលបានការប្រឹក្សាថាមានជំងឺ ឬធ្វើការព្យាបាលលើជំងឺដូចខាងក្រោមដែរឬទេ?

- (ក) ជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ជំងឺតាំងបេះដូង ជំងឺពិបាកដកដង្ហើម ជំងឺឈឺដើមទ្រូង ឬបញ្ហាបេះដូងឬ សរសៃឈាមផ្សេងទៀត? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ខ) ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងសួត ជំងឺហើមសួត ជំងឺរបេង ជំងឺក្អកក្អិន ជំងឺក្អកក្អិនឈាម ឬជំងឺប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀត? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (គ) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសជាតិស្ករក្នុងឈាម ជំងឺក្រពេញទឹក ឬជំងឺណើរការខុសប្រក្រតីនៃក្រពេញបញ្ចេញអម៉ូនីយ៉ូមផ្សេងទៀត? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ឃ) ជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឈឺក្បាលរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺសរសៃប្រសាទផ្សេងទៀត? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ង) ជំងឺឈាមច្រមុះ ខ្សោយគំហើញ ខ្សោយការស្តាប់ ឬជំងឺផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងត្រចៀក ភ្នែក ច្រមុះ និងបំពង់ក? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ច) ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជំងឺក្តៅខ្លួនតំបន់ត្រូពិច ឬក្តៅខ្លួនរ៉ាំរ៉ៃ? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ឆ) ជំងឺក្រពះប្រពោះវៀន ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺក្រួសក្នុងប្រមាត់ ជំងឺរលាកថ្លើម ឬបញ្ហាមុខងារថ្លើម ជំងឺខាន់លឿង ជំងឺគ្រុនពោះវៀន រលាកពោះវៀន បន្ទាបឆ្នាក់ឈាម ឬជំងឺប្រព័ន្ធរលាយអាហារផ្សេងៗទៀត? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ជ) មានឈាម មានជាតិប្រូតេអ៊ីន ឬមានស្ករក្នុងទឹកនោម ជំងឺក្រួសក្នុងតម្រងនោម ជំងឺរលាក ឬជំងឺតម្រងនោមផ្សេងៗទៀត? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ឈ) ធ្វើតេស្ត រោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលជំងឺមាត់ ឬមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍? (ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់អំពីមូលហេតុ ពេលវេលា និងលទ្ធផល) □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ញ) ជំងឺខ្វះឈាមក្រហម ជំងឺទឹករាំង ជំងឺមហារីកខួរក្បាល ជំងឺហូរឈាម ឬបញ្ហាឈាម ឬជំងឺឈាមផ្សេងៗទៀត? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ដ) ជំងឺរលាកសន្លាក់ ឬការខូចទ្រង់ទ្រាយ ឬភាពមិនប្រក្រតីលើសាច់ដុំ ស្បែក ឆ្អឹង សន្លាក់? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ឋ) ជំងឺមហារីក ដុះជុំសាច់ ឬការរីកលូតលាស់ខុសធម្មតារបស់សរីរាង្គផ្សេងៗ រួមទាំងដុំនៅសុដន់ ភាពមិនប្រក្រតីនៃសុដន់ ការរីកធំនៃក្រពេញ ឬហើមកូនកណ្តុរ? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ឌ) ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ រោគរមាស់ រោគរលាកស្បែករ៉ាំរ៉ៃ? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ល) ក្នុងរយៈពេល ៣ ឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកធ្លាប់ ឬមានបំណងធ្វើការ ថតកាំរស្មីអ៊ិច ថតចង្វាក់បេះដូង ថតអេកូ បេះដូង CT ស្ថាន MRI ឬការកាត់ជាលិការតេស្តមហារីក ពិនិត្យឈាម ពិនិត្យទឹកនោម ឬតេស្តផ្សេងៗដែរឬទេ? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន
- (ណ) ក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាព ឬស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត ភាពចុះខ្សោយ ជំងឺ ឬភាពមិនប្រក្រតីផ្សេងទៀត ដែលមិនបានពណ៌នានៅក្នុងសំណួរខាងលើដែរឬទេ? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន

ប្រសិនបើឆ្លើយថា «មាន» ក្នុងសំណួរខាងលើ សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម (ប្រើក្រដាសបំពេញបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការ)៖

	លេខសំណួរ	ព័ត៌មានលម្អិតនៃស្ថានភាពសុខភាព ឬភាពមិនប្រក្រតី ឬជំងឺ ការធ្វើតេស្ត ឬរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដែលបានទទួល	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក	លទ្ធផលតេស្ត និងស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២					

៤ ប្រវត្តិជំងឺគ្រួសារ

តើឪពុកម្តាយរបស់អ្នកធ្លាប់មានជំងឺ ឬស្លាប់ដោយសារជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ជំងឺលើសឈាម ជំងឺតម្រងនោម ជំងឺផ្លូវចិត្ត បញ្ហាឈាម ជំងឺចាស់វង្វែង (Dementia) ជំងឺ Alzheimer ជំងឺ Parkinson បញ្ហាប្រព័ន្ធប្រសាទ ឬ ជំងឺតំណពូជផ្សេងៗទៀតដែរឬទេ? □មាន □គ្មាន □មាន □គ្មាន

ប្រសិនបើ «មាន» សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត ដូចខាងក្រោម៖

	ទំនាក់ទំនង	លម្អិតអំពីស្ថានភាពសុខភាព	អាយុពេលកើតជំងឺ (ប្រហាក់ប្រហែល)	អាយុពេលទទួល មរណភាព	មូលហេតុនៃ ការស្លាប់
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង នៃគម្រោងបន្ថែម១					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង នៃគម្រោងបន្ថែម២					

៥ បន្ថែមលើការស្នើសុំធានារ៉ាប់រងនេះ តើអ្នកមានធ្លាប់ស្នើសុំ ឬកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ជាមួយក្រុមហ៊ុន ជាយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្ត្រង់ស៍(ខេមបូឌា)ម.ក ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតផ្សេងទៀតដែរ ឬទេ ? (រាប់ទាំងការស្នើសុំ/បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានបដិសេធ)

ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត	ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	ទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានា (គិតជាដុល្លារអាមេរិក)	រយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ឆ្នាំ)	ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រង	លក្ខខណ្ឌធានារ៉ាប់រង (បុព្វលាភស្តង់ដារ ឬ តម្លើងថ្លៃបុព្វលាភបន្ថែម ឬ ករណីដែលមិនធានា)	ស្ថានភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្ន

៦. សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម (សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ)

(ក) តើអ្នកមានផ្ទៃពោះមែនឬទេ ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីសុខភាពរបស់អ្នក ព្រមទាំងសុខភាពនិងអាយុរបស់គភ៌គិតជាសប្តាហ៍ ?

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	

(ខ) តើអ្នកធ្លាប់ជួបប្រទះស្ថានភាពលំបាកនៅពេលមានផ្ទៃពោះពីមុនមកដែរឬទេ ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	

៧. ព័ត៌មានបន្ថែម (សម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ)

(ក) តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានទម្ងន់ប៉ុន្មាននៅពេលកើត ?

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	គីឡូក្រាម
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	គីឡូក្រាម

(ខ) តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណា ?

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	ថ្ងៃ	ប្រសិនបើលើសពី ៧ ថ្ងៃ សូមបញ្ជាក់លម្អិត
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	ថ្ងៃ	ប្រសិនបើលើសពី ៧ ថ្ងៃ សូមបញ្ជាក់លម្អិត

(គ) បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅពេលកើត ?

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	<input type="checkbox"/> គ្រប់ខែ	<input type="checkbox"/> មិនគ្រប់ខែ	<input type="checkbox"/> លើសខែ
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	<input type="checkbox"/> គ្រប់ខែ	<input type="checkbox"/> មិនគ្រប់ខែ	<input type="checkbox"/> លើសខែ

(ឃ) អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានរបួស ឬមានបញ្ហានៅពេលកើត ឬមានជំងឺពិកណ្ឌិត ឬមានភាពមិនប្រក្រតីពិកណ្ឌិត ដូចជាស្បែកឡើងពណ៌ បញ្ហាបាត់បង់ស្មារតី ឬជំងឺលូតលាស់យឺត ឬរាងកាយណាមួយខុសប្រក្រតីពិកណ្ឌិតឬទេ ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	

(ង) តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានចាក់ថ្នាំបង្ការតាមកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការដែរឬទេ ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ប្រសិនបើ «គ្មាន» សូមផ្តល់ហេតុផលលម្អិត៖

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	

ផ្នែកទី ៣៖ សេចក្តីប្រកាស

១. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមប្រកាសថាលំអិតចិត្តិយ៍ និងចម្លើយ ព្រមជាមួយនឹងព័ត៌មានខាងលើទាំងអស់ ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុន គឺមានភាពពេញលេញ និងពិតប្រាកដមែន។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មិនបានលាក់បាំង ឬ បង្ហាញព័ត៌មានខុសពីការពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការវាយតម្លៃ ក្នុងការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ។

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ របស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (សូមអាន និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ មុនពេលចុះហត្ថលេខា)	
ឈ្មោះពេញ	
កាលបរិច្ឆេទ	

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១ (ហត្ថលេខាឬស្នាមមេដៃ ឪពុកឬម្តាយឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ករណីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម អាយុក្រោម ១៨ឆ្នាំ)		ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២ (ហត្ថលេខាឬស្នាមមេដៃ ឪពុកឬម្តាយឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ករណីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម អាយុក្រោម ១៨ឆ្នាំ)	
ឈ្មោះពេញ		ឈ្មោះពេញ	
កាលបរិច្ឆេទ		កាលបរិច្ឆេទ	

ផ្នែកទី ៣៖ ការធានាអះអាងរបស់សាក្សី

ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាហត្ថលេខាខាងលើនេះជាហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមពិតប្រាកដមែន ដែលបានចុះហត្ថលេខាចំពោះមុខខ្ញុំ។
*ប្រសិនបើទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ ជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង/ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម សូមអ្នកគ្រប់គ្រងទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ ចុះហត្ថលេខាក្នុងប្រអប់សាក្សីខាងក្រោម។

ហត្ថលេខារបស់សាក្សី (ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ)		លេខកូដទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ឈ្មោះពេញ		ឈ្មោះសាខា	
កាលបរិច្ឆេទ			