

បែបបទប្រកាសសុខភាពសម្រាប់សំណើសុំក្លាយជាការប្រកាសប្រែប្រួល

(ប្រើសម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម)

(សូមបំពេញបែបបទនេះតែក្នុងករណីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម ខុសពីម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន)

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ៖

ពាក្យស្នើសុំលេខ៖

(សូមបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះដោយប្រើប៊ិចព័ណ៌ខៀវ)

កាលបរិច្ឆេទពាក្យស្នើសុំ៖ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ផ្នែកទី១៖ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២
	តើអ្នកមានទំនាក់ទំនងជាមួយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> ប្តី ឬ ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)	តើអ្នកមានទំនាក់ទំនងជាមួយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> ប្តី ឬ ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)
ឈ្មោះពេញដូចអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬ លិខិតឆ្លងដែន ឬ សំបុត្រកំណើត	ខ្មែរ <input style="width: 150px;" type="text"/> ឡាតាំង <input style="width: 150px;" type="text"/>	ខ្មែរ <input style="width: 150px;" type="text"/> ឡាតាំង <input style="width: 150px;" type="text"/>
ភេទ	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ថ្ងៃទី <input style="width: 40px;" type="text"/> ខែ <input style="width: 40px;" type="text"/> ឆ្នាំ <input style="width: 40px;" type="text"/>	ថ្ងៃទី <input style="width: 40px;" type="text"/> ខែ <input style="width: 40px;" type="text"/> ឆ្នាំ <input style="width: 40px;" type="text"/>
សញ្ជាតិ	<input type="checkbox"/> ខ្មែរ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)	<input type="checkbox"/> ខ្មែរ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)
ប្រទេសកំណើត	<input type="checkbox"/> កម្ពុជា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)	<input type="checkbox"/> ខ្មែរ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬ សំបុត្រកំណើត ឬ លិខិតឆ្លងដែន	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន		
លេខផ្ទះ លេខផ្លូវ ភូមិ ឃុំឬសង្កាត់ ស្រុកឬខណ្ឌ ខេត្តឬរាជធានី		
ប្រទេស		
ការងារបច្ចុប្បន្ន (មុខងារ) ភារកិច្ចពិតប្រាកដ (កិច្ចការប្រចាំថ្ងៃ និងកន្លែងធ្វើការជាដើម)		
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ	ដុល្លារអាមេរិក	ដុល្លារអាមេរិក

ផ្នែកទី ២៖ ព័ត៌មានសុខភាព

(ប្រសិនបើចន្លោះទុកជូនមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសរសេរ សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម និងភ្ជាប់មកជាមួយលេខទូរស័ព្ទ ឬកំណត់ត្រាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការពិនិត្យ និងព្យាបាលសុខភាព)

១ (ក) កម្ពស់
 ទម្ងន់

<p>អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">ស.ម</td></tr> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">គ.ក្រ</td></tr> </table>	ស.ម	គ.ក្រ	<p>អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">ស.ម</td></tr> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">គ.ក្រ</td></tr> </table>	ស.ម	គ.ក្រ
ស.ម					
គ.ក្រ					
ស.ម					
គ.ក្រ					

(ខ) ក្នុងរយៈពេល ៦ ខែកន្លងមកនេះ តើទម្ងន់អ្នកមានឡើងឬស្រក លើស ៣ គីឡូក្រាមដែរឬទេ?
ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការឡើង ឬស្រកទម្ងន់ ?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២

២ (ក) តើអ្នកជាក់ ឬ ធ្លាប់ជាក់បារី ឬ ថ្នាំជក់ផ្សេងៗទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីចំនួនដើម ឬបរិមាណ
ដែលអ្នកជក់ក្នុងមួយថ្ងៃ និងរយៈពេលជក់យូរប៉ុណ្ណា?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២

(ខ) តើអ្នកពិសា ឬ ធ្លាប់ពិសា ស្រាបៀរ ត្រឡឹងស្រវឹង ឬ ភេសជ្ជៈមានជាតិស្រវឹងផ្សេងទៀតដែរឬទេ?
ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទ បរិមាណ ឬ ចំនួនដប ឬកំប៉ុង ដែលអ្នកពិសាក្នុងមួយថ្ងៃ និង ញឹកញាប់
កម្រិតណាក្នុងមួយសប្តាហ៍?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២

(គ) តើអ្នកមានប្រើប្រាស់ឱសថដែរឬទេក្នុងពេលថ្មីៗនេះ? តើអ្នកមានទទួលបានការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថជា
ប្រចាំដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទថ្នាំ និងមូលហេតុនៃការប្រើប្រាស់?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២

(ឃ) តើអ្នកប្រើប្រាស់ ឬ ធ្លាប់ប្រើប្រាស់ ថ្នាំញៀន ថ្នាំញៀន ឬសារធាតុញៀនផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន»
សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទនៃថ្នាំ និងមូលហេតុនៃការប្រើប្រាស់?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២

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

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២

៣. តើអ្នកមាន ឬធ្លាប់ទទួលបានការប្រឹក្សាថាមានជំងឺ ឬធ្វើការព្យាបាលលើជំងឺដូចខាងក្រោមដែរឬទេ?

(ក) ជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ឬទាប ជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល
ជំងឺតាំងបេះដូង ជំងឺពិបាកដកដង្ហើម ជំងឺឈឺដើមទ្រូង ឬបញ្ហាបេះដូងឬ សរសៃឈាមផ្សេងទៀត?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ខ) ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងសួត ជំងឺហឺមសួត ជំងឺរបេង ជំងឺក្អកក្អម ជំងឺក្អកក្អមឈាម ឬជំងឺប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើមផ្សេង
ទៀត?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(គ) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសជាតិស្ករក្នុងឈាម ជំងឺក្រពេញទឹក ឬជំងឺរោគចាត់ ឬជំងឺរោគចាត់នៃក្រពេញបញ្ចេញ
អរម៉ូនផ្សេងទៀត?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ឃ) ជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឈឺក្បាលក្រវ៉ែត ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺសរសៃប្រសាទផ្សេងទៀត?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ង) ជំងឺឈាមច្រមុះ ខ្សោយគំហើញ ខ្សោយការស្តាប់ ឬជំងឺផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងត្រចៀក ភ្នែក ច្រមុះ និង
បំពង់ក?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ច) ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជំងឺក្តៅខ្លួនតំបន់ត្រូពិច ឬក្តៅខ្លួនក្រវ៉ែត?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ឆ) ជំងឺក្រពះប្រពោះវៀន ជំងឺរាករូសក្រវ៉ែត ជំងឺក្រួសក្នុងប្រមាត់ ជំងឺរលាកថ្លើម ឬបញ្ហាមុខងារថ្លើម ជំងឺខាន់លឿង
ជំងឺគ្រុនពោះវៀន រលាកពោះវៀន បន្ទាបឯងធ្លាក់ឈាម ឬជំងឺប្រព័ន្ធរលាយអាការៈផ្សេងៗទៀត?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ជ) មានឈាម មានជាតិប្រូតេអ៊ីន ឬមានស្ករក្នុងទឹកនោម ជំងឺក្រួសក្នុងតម្រងនោម ជំងឺរលាក ឬជំងឺតម្រងនោម
ផ្សេងៗទៀត?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ឈ) ធ្វើតេស្ត រោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ឬមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍? (ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់
អំពីមូលហេតុ ពេលវេលា និងលទ្ធផល)

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ញ) ជំងឺខ្លះឈាមក្រហម ជំងឺទឹករាំង ជំងឺមហារីកខួរក្តៅ ជំងឺហូរឈាម ឬបញ្ហាឈាម ឬជំងឺឈាមផ្សេងៗទៀត?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ដ) ជំងឺរលាកសន្លាក់ ឬការខូចទ្រង់ទ្រាយ ឬភាពមិនប្រក្រតីលើសាច់ដុំ ស្បែក ឆ្អឹង សន្លាក់?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ឋ) ជំងឺមហារីក ដុះដុំសាច់ ឬការរីកលូតលាស់ខុសធម្មតារបស់សរីរាង្គផ្សេងៗ រួមទាំងដុំនៅសុដន់ ភាពមិនប្រក្រតី
នៃសុដន់ ការរីកជំនៃក្រពេញ ឬហើមកូនកណ្តុរ?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

(ឌ) ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស្តាំ៖ រោគរមាស់ រោគរលាកស្បែកក្រវ៉ែត?
(ឍ) ក្នុងរយៈពេល ៣ ឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកធ្លាប់ ឬមានបំណងធ្វើការ ថតកាំរស្មីអ៊ិច ថតចង្វាក់បេះដូង ថតអេកូ
បេះដូង CT ស្ថាន MRI ឬការកាត់ជាលិកាតេស្តមហារីក 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 ឬព្យាបាល និងការព្យាបាលដែលបានទទួល	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក	លទ្ធផលតេស្ត និងស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២					

៤ ប្រវត្តិជំងឺគ្រួសារ

តើឪពុកម្តាយរបស់អ្នកធ្លាប់មានជំងឺ ឬស្លាប់ដោយសារជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ជំងឺជាប់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល 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)	អាយុពេលទទួលមរណភាព	មូលហេតុនៃការស្លាប់
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២					

៥ បន្ថែមលើការស្នើសុំធានារ៉ាប់រងនេះ តើអ្នកមានធ្លាប់ស្នើសុំ ឬកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ជាមួយក្រុមហ៊ុន ជាយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្ត្រូស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតផ្សេងទៀតដែរឬទេ? (រាប់ទាំងការស្នើសុំ/បណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានបដិសេធ) មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត	ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	ទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានា (គិតជាដុល្លារអាមេរិក)	រយៈពេលបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រង (ឆ្នាំ)	ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រង	លក្ខខណ្ឌធានារ៉ាប់រង (បុព្វលាភស្តង់ដារ ឬ តម្លើងថ្លៃបុព្វលាភបន្ថែម ឬ ករណីដែលមិនធានា)	ស្ថានភាពបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្ន

៦. សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម (សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ)

(ក) តើអ្នកមានផ្ទៃពោះមែនឬទេ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីសុខភាពរបស់អ្នក ព្រមទាំងសុខភាពនិងអាយុរបស់គភ៌គិតជាសប្តាហ៍? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

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 ឬមានជំងឺពិការភាព ឬមានភាពមិនប្រក្រតីពិការភាព ដូចជាស្បែកឡើងពណ៌ បញ្ហាបាត់បង់ស្មារតី ឬជំងឺលូតលាស់យឺត ឬរាងកាយណាមួយខុសប្រក្រតីពិការភាពឬទេ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	

(ង) តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានចាក់ថ្នាំបង្ការតាមកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការដែរឬទេ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ប្រសិនបើ «គ្មាន» សូមផ្តល់ហេតុផលលម្អិត៖

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម១	
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម២	

ផ្នែកទី ៣៖ សេចក្តីប្រកាស

១. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមប្រកាសថាខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ និងចម្លើយ ព្រមជាមួយនឹងព័ត៌មានខាងលើទាំងអស់ ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនពាក់ព័ន្ធនឹងបែបបទប្រកាសសុខភាពនេះ គឺមានភាពពេញលេញ និងពិតប្រាកដមែន។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មិនបានលាក់បាំង ឬ បង្ហាញព័ត៌មានខុសពីការពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការវាយតម្លៃ និងការទទួលយកសំណើសុំក្លាយជាផលិតផលគម្រោងបន្ថែមនេះឡើយ។

៣. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដឹង និងយល់ព្រមថាការបង្កើតលក្ខណៈធានារ៉ាប់រងមុនពេលឯកសារស្នើសុំនៃការស្នើសុំក្លាយជាគម្រោងបន្ថែមត្រូវបានអនុម័ត មិនមានន័យថាក្រុមហ៊ុនត្រូវបានទទួលយកសំណើតាមការស្នើសុំនោះទេ។ ការស្នើសុំក្លាយជាគម្រោងបន្ថែមមានសុពលភាពបាន លុះត្រាតែសំណើសុំក្លាយជាគម្រោងបន្ថែម ត្រូវបានទទួលយកដោយពេញលេញ ហើយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែមត្រូវបានទទួល ហើយលិខិតបញ្ជាក់លើសំណើសុំក្លាយជាផលិតផលគម្រោងបន្ថែម ត្រូវបានចេញជូនតែប៉ុណ្ណោះ។

៤. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុននូវរាល់ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាស្ថានភាពសុខភាព មុខរបរ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងបែបបទប្រកាសសុខភាព ឬសកម្មភាពផ្សេងទៀតពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង ទាំងនៅមុន និងក្រោយនៃការចេញលិខិតបញ្ជាក់លើសំណើសុំក្លាយជាផលិតផលគម្រោងបន្ថែម។ រាល់ការកែប្រែលើព័ត៌មានបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងត្រូវធ្វើឡើងដោយដាក់សំណើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនក្រុមហ៊ុន ហើយបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើសុំកែប្រែ ក្រុមហ៊ុនមានសិទ្ធិទទួលយកឬបដិសេធសំណើនោះ។

៥. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រម ឱ្យក្រុមហ៊ុនមិនទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានចែងនៅក្នុងបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងនេះ លុះត្រាតែម្ចាស់បណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អ្នកទទួលផល និង/ឬភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ថាបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនប៉ុណ្ណោះ។

៦. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រមឱ្យក្រុមហ៊ុន ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្តបង្កើតស្របច្បាប់នានា ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដើម្បីអនុវត្តមុខងាររបស់ខ្លួនពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ។

៨. ប្រសិនបើមានសំណើពីសំណាក់អាជ្ញាធរសមស្របផ្តល់ព័ត៌មានដែលមានពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ញត្តិស្តីពីសារពើពន្ធនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រម និងអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនបញ្ជូញព័ត៌មានដែលខ្ញុំ/យើងខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុន។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រមផ្តល់ជូនព័ត៌មានបន្ថែមនៅពេលសមស្របណាមួយទៅតាមសំណើរបស់ក្រុមហ៊ុន។

៩. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ អនុញ្ញាត និងព្រមព្រៀងបន្ថែមទៀតថា ព័ត៌មានតួលេខ (នានា) និងទិន្នន័យទាំងស្រុងដែលត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងសំណើសុំ អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងស្របតាមច្បាប់ដូចជាការផ្សព្វផ្សាយទីផ្សារ ការសិក្សាទីផ្សារ និង ការបម្រើអតិថិជនដោយក្រុមហ៊ុន សម្ព័ន្ធក្រុមហ៊ុន ឬជាដៃគូពាណិជ្ជកម្មរបស់ក្រុមហ៊ុន ដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រម និងជូនដំណឹងបន្ថែមពីយើងខ្ញុំឡើយ។

១០. ប្រសិនបើមានអត្តតាហកណាមួយមិនមែនជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងនេះ សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតដូចជាឈ្មោះពេញឯកសារអត្តសញ្ញាណ និងលេខសំគាល់ ឯកសារទំនាក់ទំនងនិងចំណែកផលប្រយោជន៍អត្តតាហកនីមួយៗនៅក្នុងសេចក្តីប្រកាសអត្តតាហកដាច់ដោយឡែក។

“អត្តតាហក” ដូចមានន័យក្នុងប្រកាសស្តីពីការប្រឆាំងការសម្ងាត់ប្រាក់ និងហិរញ្ញប្បទាន កេរ្តិ៍ជាបុគ្គលដែលបានកាន់កាប់ផ្ទះមុខ ឬត្រួតពិនិត្យអតិថិជនណាម្នាក់ ឬជាបុគ្គលត្រូវបានធ្វើប្រតិបត្តិការជំនួស។ អត្តតាហកក៏រាប់បញ្ចូលនូវបុគ្គលដែលកាន់កាប់ផ្ទះមុខលើនីតិបុគ្គលឬការរៀបចំចាត់ចែងណាមួយផងដែរ។

១១. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រមថាពាក្យស្នើសុំក្លាយជាផលិតផលគម្រោងបន្ថែម និងបែបបទប្រកាសសុខភាពនេះ ត្រូវបានចាត់ទុកជាផ្នែកមួយនៃបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង និងត្រូវស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយច្បាប់នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។

១២. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ បានអាន និងយល់ដឹងយ៉ាងច្បាស់អំពីសំណួរ និងអត្ថន័យពេញលេញដែលមានចែងនៅក្នុងបែបបទប្រកាសសុខភាពនេះ និងឯកសារពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។

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	ឈ្មោះពេញ	ឈ្មោះពេញ
កាលបរិច្ឆេទ	កាលបរិច្ឆេទ	កាលបរិច្ឆេទ	កាលបរិច្ឆេទ

ផ្នែកទី ៣៖ ការធានាអនេធនរបស់សាក្សី

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	ឈ្មោះពេញ	ឈ្មោះសាខា	ឈ្មោះពេញ
កាលបរិច្ឆេទ	កាលបរិច្ឆេទ	កាលបរិច្ឆេទ	កាលបរិច្ឆេទ