<u>សេចក្តីណែនាំអំពីការបំពេញទម្រង់នៃការយល់ព្រម សម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់របស់ SAPC</u>

គោលបំណងនៃទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ គឺដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការបញ្ចេញ
និងការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងព័ត៌មានដែលត្រូវបានការពារ ក្រោមបទប្បញ្ញត្តិ 42 CFR **ផ្នែកទី** 2
(ព័ត៌មានស្តីពីបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) ដើម្បីប្រើប្រាស់ក្នុងដំណើរការនីតិវិធីព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋប្បវេណី នីតិប្បញ្ញត្តិ ឬរដ្ឋបាល
ហើយវាត្រូវបានកំណត់ ត្រឹមតែដំណើរការនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ ដែលមានចែងនៅក្នុងទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះតែប៉ុណ្ណោះ។
ចំពោះព័ត៌មានស្តីពីបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD) គោលបំណងនៃការយល់ព្រម និងការបង្ហាញព័ត៌មានត្រូវតែមានភាពជាក់លាក់
និងស្របតាមតម្រូវការនៃបទប្បញ្ញត្តិ 42 CFR **ផ្នែកទី** 2 ព្រមទាំងច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។
ការផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក គឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយអ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាបាន។
សូមចំណាយពេលបន្តិចដើម្បីអានការណែនាំខាងក្រោមនេះ។

សូមអានផ្នែកនីមួយៗដោយយកចិត្តទុកដាក់

ទម្រង់នេះរួមមានផ្នែកមួយចំនួនដែលពិពណ៌នាអំពី៖

- **ព័ត៌មាន**ដែលអាចចែករំលែកបាន
- **អ្នក**ដែលអាចធ្វើ និងទទួលព័ត៌មាននេះ
- **មូលហេតុ**ដែលចែករំលែកព័ត៌មាននេះ
- រយៈពេលដែលការអនុញ្ញាតនោះមានសុពលភាព
- **សិទ្ធិរបស់អ្នក**ក្នុងការលុបចោល ឬកំណត់កម្រិតលើការអនុញ្ញាតដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មាន

សូម**<u>អាននិងពិនិត្យមើលផ្នែកនីមួយៗ</u>**ឱ្យបានហ្មត់ចត់មុនពេលចុះហត្ថលេខា។

បញ្ជាក់អំពីព័ត៌មានដែលអាចបញ្ចេញបាន

អ្នកអាចជ្រើសរើសដើម្បីកំណត់ប្រភេទ ឬបរិមាណនៃព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ចេញ។ អ្នកអាចអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញនូវ៖

- កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងស្រុងរបស់អ្នក **ឬ**
- បញ្ជាក់អំពីព័ត៌មានដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ

អ្នកណាអាចចែករំលែក និងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក

អ្នកត្រូវតែរាយបញ្ជី៖

- ប្រភេទនៃនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានរបស់អ្នក
- ស្ថាប័នផ្លូវច្បាប់ ឬនីតិបុគ្គល ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទទួលព័ត៌មាននោះ
- បំពេញទម្រង់នៃការយល់ព្រម SAPC សម្រាប់នីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ សម្រាប់ប្រភេទនីមួយៗនៃដំណើរការផ្លូវច្បាប់ដែលត្រូវការ

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យស្ថាប័នជាច្រើនផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានគ្នា សូមរាយបញ្ជីភាគីទាំងអស់។

ពិនិត្យមើលសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្រោមច្បាប់ HIPAA និងបទប្បញ្ញត្តិ 42 CFR ផ្នែកទី 2

ទម្រង់នេះ បញ្ជាក់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក នៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ។ អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- **បដិសេធ** មិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ
- **លុបចោល**ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយផ្ទាល់
- **ទទួលបានច្បាប់ចម្លង**នៃទម្រង់ដែលបានបំពេញរួច
- **កំណត់កម្រិត**ចំពោះព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែករំលែក
- **រំពឹងថានឹងមានការការពារដោយការរក្សាការសម្ងាត់** រួមទាំងការកំណត់កម្រិតនៃការបង្ហាញព័ត៌មាននោះឡើងវិញ

សូមយោងទៅផ្នែកទី IV “ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត” និងផ្នែកទី VI “សេចក្តីជូនដំណឹងដើម្បីភ្ជាប់ជាមួយការបង្ហាញព័ត៌មាន” ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់ HIPAA និងបទប្បញ្ញត្តិ 42 CFR ផ្នែកទី 2។

ការផុតកំណត់នៃការអនុញ្ញាត

ទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ នឹងផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ លើកលែងតែអ្នកបានកំណត់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ផ្សេង នៅក្នុងកន្លែងដែលបានកំណត់ ឬអ្នកបានលុបចោលការយល់ព្រមនេះវិញ។

អ្នកអាចកំណត់កាលបរិច្ឆេទដែលមានរយៈពេលតិចជាង ឬលើសពីមួយឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ទេនោះទេ អ្នកផ្តល់សេវា នឹងកំណត់យកកាលបរិច្ឆេទចំនួនមួយឆ្នាំ បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នៃការយល់ព្រម។

សូមយោងទៅផ្នែកទី IV “ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត” និងផ្នែកទី VII “ការលុបចោលការយល់ព្រម” សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិនៃការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ការលុបចោលការយល់ព្រមរបស់អ្នក

អ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន ដោយជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយផ្ទាល់ ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល ឬកម្មវិធីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើការអ្នកលុបចោលការយល់ព្រមមុនកាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ ទម្រង់នោះ នឹងត្រូវចាត់ទុកថាត្រូវបានលុបចោល។ ការលុបចោលនេះ មិនលុបចោលនូវព័ត៌មានដែលបានចែករំលែករួចហើយ មុនពេលនៃការទទួលបានទម្រង់នៃការលុបចោលនោះទេ។

ផ្នែកនៃការលុបចោលការយល់ព្រម ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាដោយអនីតិជន **និង** ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់ ក្នុងករណីដែលការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់ ត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សា ឬការព្យាបាល SUD ដល់អនីតិជន។ ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់ ត្រូវសរសេរឈ្មោះពេញ ចុះហត្ថលេខា និងដាក់កាលបរិច្ឆេទនៅលើបន្ទាត់ចុះហត្ថលេខាទីមួយ ក្រោមផ្នែកទី V ដែលមានចំណងជើងថា “ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់” ហើយត្រូវបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់ខ្លួន ជាមួយអតិថិជននៅលើបន្ទាត់ ខាងក្រោមបន្ទាត់ចុះហត្ថលេខាទីមួយនោះ។ ចំណែកអនីតិជនវិញ ត្រូវសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខា នៅក្នុងផ្នែកសម្រាប់ហត្ថលេខារបស់សាក្សីទីមួយ។

សូមយោងទៅផ្នែកទី IV “ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត” និងផ្នែកទី VII “ការលុបចោលការយល់ព្រម” សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក និងសុវត្ថិភាព

រាល់ការបង្ហាញព័ត៌មាន រួមទាំងការបង្ហាញតាមរយៈមធ្យោបាយអេឡិចត្រូនិក ត្រូវតែអនុលោមតាម៖

- តម្រូវការរបស់ HIPAA
- 42 CFR **ផ្នែកទី** 2
- **ច្បាប់ពាក់ព័ន្ធក្នុងការរក្សាការសម្ងាត់**របស់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋផ្សេងទៀត

ការចុះហត្ថលេខា និងដាក់កាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់

ហត្ថលេខារបស់អ្នកបញ្ជាក់ថា៖

- អ្នក**យល់**អំពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងទម្រង់
- អ្នក**អនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន**ដែលបានរៀបរាប់
- អ្នក**យល់**អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់ HIPAA និងបទប្បញ្ញត្តិ 42 CFR ផ្នែកទី 2

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជា**តំណាងស្របច្បាប់** អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើដូច្នេះ។
ឧទាហរណ៍នៃសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់រួមមាន៖ អ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិ អ្នកអនុវត្តន៍ឆន្ទាធិការ/អ្នកទទួលអាណត្តិ
អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឪពុកម្តាយ បុគ្គលទទួលសិទ្ធិសម្រេចស្របច្បាប់ និង/ឬ សាច់ញាតិជិតស្និទ្ធបំផុត។
អ្នកនឹងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឯកសារបន្ថែមដើម្បីបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាច ឬទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក(ថាត្រូវជាអ្វី)។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជាសាក្សីលើកន្លែងចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់
សូមបំពេញព័ត៌មានរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកដែលពាក់ព័ន្ធ។

<u>ទម្រង់នៃការយល់ព្រម</u>នោះត្រូវតែមានការចុះហត្ថលេខាដោយអនីតិជន **និង** ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់
ក្នុងករណីដែលត្រូវការ នូវការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់សម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សា
ឬការព្យាបាលបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD) ដល់អនីតិជន។ ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់
ត្រូវសរសេរឈ្មោះពេញ ចុះហត្ថលេខា និងដាក់កាលបរិច្ឆេទនៅលើបន្ទាត់ចុះហត្ថលេខាទីមួយ ក្រោមផ្នែកទី V ដែលមានចំណងជើងថា
“ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់” ហើយត្រូវបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់ខ្លួន
ជាមួយអតិថិជននៅលើបន្ទាត់ខាងក្រោមបន្ទាត់ចុះហត្ថលេខា ទីមួយនោះ។ ចំណែកអនីតិជនវិញ ត្រូវសរសេរឈ្មោះ
និងចុះហត្ថលេខានៅក្នុងផ្នែកនៃហត្ថលេខារបស់សាក្សីទីមួយ។

ប្រគល់លិខិតដែលបានបំពេញរួចមកវិញ

សូមប្រគល់លិខិតដែលបានចុះហត្ថលេខារួចទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា កម្មវិធី ឬស្ថាប័នដែលមានតួនាទីចាត់ចែងសំណើរបស់អ្នក។
អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់ទុកសម្រាប់ជាឯកសារផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រង ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន

ការយល់ព្រមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន សម្រាប់ដំណើរការនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់

គោលបំណងនៃការយល់ព្រម និងការបង្ហាញព័ត៌មាន៖ ទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ ពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD) ដើម្បីប្រើប្រាស់ក្នុងដំណើរការនីតិវិធីព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋប្បវេណី នីតិប្បញ្ញត្តិ ឬរដ្ឋបាល ហើយវាត្រូវបានកំណត់ត្រឹមតែដំណើរការនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងទម្រង់នេះប៉ុណ្ណោះ។ តាមរយៈការបំពេញទម្រង់នៃការយល់ព្រមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មាននេះ អ្នកយល់ព្រមឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពាររបស់អ្នក ពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD) សម្រាប់គោលបំណងនៃដំណើរការនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ដូចបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម។

សូមជ្រើសរើសប្រភេទនៃនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹង SUD ។

☐ បទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌ ☐ រដ្ឋប្បវេណី ☐ នីតិបញ្ញត្តិ ☐ រដ្ឋបាល

ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ព័ត៌មានបន្ថែម (ឧ៖ លេខសំណុំរឿង) ទាក់ទងនឹងដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ដែលអ្នកអនុញ្ញាតក្នុងការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាព SUD របស់អ្នក។

I. ព័ត៌មានអតិថិជន		
ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន និងនាមកណ្តាល)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខ Medi-Cal៖
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ តាមរយៈការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ SAPC និងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SAPC ទាក់ទងទៅអ្នកតាមអ៊ីមែល។	លេខទូរសព្ទ៖	លេខ SSN 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយ៖
អាសយដ្ឋាន៖		លេខសម្គាល់ Sage៖

II. អង្គភាពដែលមានសិទ្ធិចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព
ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលពីកន្លងមក និងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ដែលស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SAPC ចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពាររបស់ខ្ញុំ ពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហា SUD ទៅកាន់ស្ថាប័នផ្លូវច្បាប់ ឬនីតិបុគ្គលខាងក្រៅដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងផ្នែកនេះសម្រាប់ដំណើរការនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះស្ថាប័នផ្លូវច្បាប់ ឬនីតិបុគ្គលនៅកន្លែងទំនេរដែលបានផ្តល់ជូនខាងក្រោម។ ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមប្រើ ឯកសារ "បុគ្គល/អង្គភាពដែលមានការអនុញ្ញាតបន្ថែម សម្រាប់ ROI - Supplemental Authorized Individuals/Entities for ROI" ដើម្បីរាយបញ្ជីស្ថាប័នបន្ថែម ហើយភ្ជាប់ឯកសារនោះនៅផ្នែកខាងចុង នៃទម្រង់យល់ព្រមនេះ។

1. ឈ្មោះអង្គភាព៖ _____

   អាសយដ្ឋាន៖_____

   លេខទូរសព្ទ៖ _____ លេខទូរសារ៖ _____

   អ៊ីមែល៖ _____ គេហទំព័រ៖ _____

2. ឈ្មោះអង្គភាព៖ _____

   អាសយដ្ឋាន៖_____

   លេខទូរសព្ទ៖ _____ លេខទូរសារ៖ _____

   អ៊ីមែល៖ _____ គេហទំព័រ៖ _____

3. ឈ្មោះអង្គភាព៖ _____

   អាសយដ្ឋាន៖_____

   លេខទូរសព្ទ៖ _____ លេខទូរសារ៖ _____

   អ៊ីមែល៖ _____ គេហទំព័រ៖ _____

III. កម្រិតនៃការបង្ហាញព័ត៌មាន

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័ននានាដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងផ្នែកទី ॥
ចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារដូចបានបញ្ជាក់នៅខាងក្រោមនេះ។
ជ្រើសរើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសខាងក្រោម។

☐ កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងស្រុងរបស់ខ្ញុំ

☐ ផ្សេងៗ៖ _____

សូមបញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ។

IV. ព័ត៌មានសំខាន់ៗ ផ្សេងទៀត

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ ខ្ញុំយល់ថា៖

- **ថ្ងៃផុតកំណត់នៃការយល់ព្រម** – ទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះនឹងផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ លើកលែងតែអ្នកបានបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ នៅលើបន្ទាត់ខាងក្រោម ឬលុបចោលការយល់ព្រមវិញ។

  ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ ផុតកំណត់នៅ _____ /_____ /_____
  ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

- កំណត់ត្រាអំពីការព្យាបាលការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង និង/ឬគ្រឿងញៀនរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានការពារក្រោមបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រងលើការរក្សាការសម្ងាត់ និងកំណត់ត្រារបស់អ្នកជំងឺដែលប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន 42 C.F.R. ផ្នែកទី 2 និងច្បាប់ស្តីពីការចល័ត និងការទទួលខុសត្រូវនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 1996 ("HIPAA") 45 C.F.R. ផ្នែកទី 160 & 164 ហើយមិនអាចយកទៅបង្ហាញ ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីខ្ញុំឡើយ លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតដោយបទប្បញ្ញត្តិទាំងនោះ។
- ការយល់ព្រមនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់យល់ព្រមនេះ ដើម្បីទទួលបានការព្យាបាល ចុះឈ្មោះប្រើប្រាស់សេវាកម្ម ឬសម្រាប់ការទូទាត់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំឡើយ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះចំនួនមួយច្បាប់។ ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ មាន សុពលភាពដូចគ្នាទៅនឹងឯកសារដើមដែរ។
- **ការកំណត់កម្រិតលើការបង្ហាញព័ត៌មានឡើងវិញ** - ព័ត៌មានដែលត្រូវបានបង្ហាញរួចហើយនោះ មិនអាចត្រូវបានបង្ហាញឡើងវិញសម្រាប់នីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណី ព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋបាល និងនីតិប្បញ្ញត្តិប្រឆាំងនឹងអតិថិជនឡើយ ដោយគ្មានទម្រង់នៃការយល់ព្រមបន្ថែម ដែលបង្កើតឡើងសម្រាប់គោលបំណងនេះតែមួយគត់ និងស្របតាមបទប្បញ្ញត្តិ 42 C.F.R. ផ្នែកទី 2។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិលុបចោលការយល់ព្រមនេះនៅពេលណាក៏បាន ដោយធ្វើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយជួបផ្ទាល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខ្ញុំ លើកលែងតែក្នុងករណីដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកកាន់កាប់ព័ត៌មានស្របច្បាប់ផ្សេងទៀត បានចាត់វិធានការរួចហើយដោយផ្អែកលើការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់ផ្នែក "ការលុបចោលការយល់ព្រម" នៅលើទម្រង់បែបបទនៃការយល់ព្រមនេះ ដើម្បីបញ្ចប់ការយល់ព្រមនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ នៅពេលដែលការលុបចោលការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំត្រូវបានទទួល អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ឬ SAPC នឹងលុបចោលការយល់ព្រមក្នុងការបញ្ជូនព័ត៌មានបន្តទៀតនៅពេលអនាគត។ ខ្ញុំយល់ថា ការបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានធ្វើឡើងមុនពេលលុបចោលទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ មិនអាចទាញយកមកវិញបានទេ ហើយស្ថាប័នដែលបានទទួលព័ត៌មានទាំងនោះមិនតម្រូវឱ្យប្រគល់ព័ត៌មាននោះមកវិញ ឬកម្ទេចព័ត៌មានទាំងនោះចោលឡើយ។

V. ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ខ្ញុំបានអានទម្រង់បែបបទនៃការយល់ព្រម ហើយយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ
ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យមានការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ។
ខ្ញុំយល់ថាការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំមានសិទ្ធិបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើវា។

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន៖

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ពួកគេអាចធ្វើសញ្ញាសម្គាល់នៅលើបន្ទាត់ សម្រាប់ចុះហត្ថលេខា។
ការចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ តម្រូវឱ្យមានសាក្សីចំនួនពីរនាក់។ សាក្សីម្នាក់
ត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់អតិថិជននៅលើបន្ទាត់ដែលបានកំណត់សម្រាប់ឈ្មោះអតិថិជន និងសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួន
នៅលើបន្ទាត់មួយក្នុងចំណោមបន្ទាត់ដែលមានចំណងជើងថា "សរសេរឈ្មោះសាក្សីជាអក្សរ"
ព្រមទាំងចុះហត្ថលេខានៅក្នុងកន្លែងដែលបានកំណត់សម្រាប់សាក្សីនៅផ្នែកខាងក្រោម។ សាក្សីទីពីរ
ត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួននៅលើបន្ទាត់ "សរសេរឈ្មោះសាក្សីជាអក្សរ" មួយទៀត ហើយចុះហត្ថលេខានៅក្នុងកន្លែង
សម្រាប់សាក្សីមួយទៀត ដើម្បីទទួលស្គាល់ការចុះហត្ថលេខារបស់អតិថិជន តាមរយៈសញ្ញាសម្គាល់នោះ។

_____ _____ _____ /_____ /_____

សរសេរឈ្មោះពេញ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល) ហត្ថលេខា ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង(ត្រូវជាអ្វី) និងសិទ្ធិអំណាចក្នុងការធ្វើដូច្នេះ៖

_____

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខារបស់សាក្សី៖

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ហើយបានធ្វើសញ្ញាសម្គាល់ជំនួសហត្ថលេខារបស់ខ្លួននៅផ្នែកខាងលើនោះ
ចាំបាច់ត្រូវមានសាក្សីចំនួនពីរនាក់ ដើម្បីបំពេញផ្នែកសម្រាប់សាក្សី ដោយសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខា នៅផ្នែកខាងក្រោម។

1. _____ 2. _____

សរសេរឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល) សរសេរឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល)

_____ _____

ហត្ថលេខា ហត្ថលេខា

VI. សេចក្តីជូនដំណឹងដើម្បីភ្ជាប់ជាមួយការបង្ហាញព័ត៌មាន

កំណត់ត្រាដែលត្រូវបានបង្ហាញជូនអ្នក គឺត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សហព័ន្ធស្តីពីការរក្សាការសម្ងាត់ (42 CFR ផ្នែកទី 2)។ ច្បាប់ទាំងនេះ ហាមឃាត់អ្នកមិនឱ្យប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញកំណត់ត្រានេះ ឬសក្ខីកម្មដែលរៀបរាប់ពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងកំណត់ត្រានេះ នៅក្នុងដំណើរការនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណី ព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋបាល ឬនីតិបញ្ញត្តិណាមួយ ដោយអាជ្ញាធរសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ដើម្បីប្រឆាំងនឹងអ្នកជំងឺឡើយ លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតតាមរយៈការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺ ឬដូចមានចែងនៅក្នុង 42 CFR 2.12(c)(5) ឬដូចដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយតុលាការ ស្របតាម 42 CFR 2.64 ឬ 2.65។ លើសពីនេះទៅទៀត ច្បាប់សហព័ន្ធហាមឃាត់អ្នក មិនឱ្យប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញកំណត់ត្រានេះក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតឡើយ លើកលែងតែមានករណីណាមួយក្នុងចំណោមករណីដូចខាងក្រោមនេះកើតឡើង៖

(i) ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ថែមទៀត
ត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់លាស់តាមការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីបុគ្គលដែលព័ត៌មានរបស់ខ្លួនត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងកំណត់ត្រានេះ ឬតាមការអនុញ្ញាតផ្សេងទៀតដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2។

(ii) អ្នកគឺជាអង្គភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬសហការីអាជីវកម្ម ហើយបានទទួលកំណត់ត្រាសម្រាប់ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព ឬ

(iii) អ្នកបានទទួលកំណត់ត្រាពីអង្គភាពដែលស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិ ឬពីដៃគូរអាជីវកម្ម ដូចដែលបានអនុញ្ញាតដោយបទប្បញ្ញត្តិ 45 CFR ផ្នែកទី 164 ផ្នែករង A និង E

ការអនុញ្ញាតទូទៅសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀត គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ សម្រាប់ការប្រើប្រាស់បន្ត ឬការបញ្ចេញកំណត់ត្រានោះឡើងវិញឡើយ (សូមមើល 42 CFR 2.31)។

VII. ការលុបចោលការយល់ព្រម

ខ្ញុំមានសិទ្ធិលុបចោលទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ នៅពេលណាក៏បាន ដោយបំពេញផ្នែកនេះ និងដាក់ជូនការលុបចោលការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ ឬដោយផ្ទាល់ ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខ្ញុំ លើកលែងតែក្នុងករណីដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកកាន់ឯកសារស្របច្បាប់ផ្សេងទៀត បានចាត់វិធានការរួចហើយដោយផ្អែកលើការយល់ព្រមនេះ។

អាសយដ្ឋានរបស់ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន៖

ឈ្មោះស្ថាប័ន៖ _____

អាសយដ្ឋាន (បន្ទាត់ទី 1)៖ _____

អាសយដ្ឋាន (បន្ទាត់ទី 2៖ អាជ្ញាតមិន/បន្ទប់/យូនីត)៖ _____

ទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដប្រៃសណីយ៍៖ _____

នៅពេលដែលការលុបចោលការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំត្រូវបានទទួល
អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំនឹងលុបចោលទម្រង់នៃការយល់ព្រមសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន នៅពេលអនាគត។
ការបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានធ្វើឡើងមុនពេលទទួលបានការលុបចោលនេះ មិនអាចទាញយក
ត្រឡប់មកវិញបានឡើយ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ ខ្ញុំសូមលុបចោលការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះការបញ្ចេញព័ត៌មាននៅពេលអនាគត។ ខ្ញុំយល់ថា
រាល់ការបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានធ្វើឡើងមុនពេលទទួលបានការលុបចោលនេះ មិនអាចលុបចោល ឬទាញយកត្រឡប់មកវិញបាន
ឡើយ។

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន៖

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ពួកគេអាចធ្វើសញ្ញាសម្គាល់នៅលើបន្ទាត់ សម្រាប់ចុះហត្ថលេខា។
ការចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ តម្រូវឱ្យមានសាក្សីចំនួនពីរនាក់។ សាក្សីម្នាក់
ត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់អតិថិជននៅលើបន្ទាត់ដែលបានកំណត់សម្រាប់ឈ្មោះអតិថិជន និងសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួន
នៅលើបន្ទាត់មួយក្នុងចំណោមបន្ទាត់ដែលមានចំណងជើងថា "សរសេរឈ្មោះសាក្សីជាអក្សរ"
ព្រមទាំងចុះហត្ថលេខានៅក្នុងកន្លែងដែលបានកំណត់សម្រាប់សាក្សីនៅផ្នែកខាងក្រោម។ សាក្សីទីពីរ
ត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួននៅលើបន្ទាត់ "សរសេរឈ្មោះសាក្សីជាអក្សរ" មួយទៀត ហើយចុះហត្ថលេខានៅក្នុងកន្លែង
សម្រាប់សាក្សីមួយទៀត ដើម្បីទទួលស្គាល់ការចុះហត្ថលេខារបស់អតិថិជនតាមរយៈសញ្ញាសម្គាល់នោះ។

_____ _____ _____ /____ / _____

សរសេរឈ្មោះពេញ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល) ហត្ថលេខា ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន សូមបញ្ជាក់ទំនាក់ទំនង(ត្រូវជាអ្វី)និងសិទ្ធិអំណាចក្នុងការធ្វើដូច្នេះ៖

_____

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខារបស់សាក្សី៖

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ហើយបានធ្វើសញ្ញាសម្គាល់ជំនួសហត្ថលេខារបស់ខ្លួននៅផ្នែកខាងលើនោះ
ចាំបាច់ត្រូវមានសាក្សីចំនួនពីរនាក់ ដើម្បីបំពេញផ្នែកសម្រាប់សាក្សី ដោយសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខានៅផ្នែកខាងក្រោម។

1. _____ 2. _____

សរសេរឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល) សរសេរឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល)

_____ _____

ហត្ថលេខា ហត្ថលេខា

<u>អតិថិជនដែលបានដាក់ជូនទម្រង់នៃការយល់ព្រម</u> <u>អនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ SAPC</u> អាចបញ្ជូនទម្រង់លុបចោលការយល់ព្រម ដែលបានបំពេញរួចត្រឡប់មកវិញតាមរយៈអ៊ីមែលដែលមានសុវត្ថិភាព ឬតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលមានចែងនៅខាងក្រោម។
ត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណផ្លូវការ
ដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃការស្នើសុំនេះ។

<u>អាសយដ្ឋានប្រៃសនីយ៍របស់ SAPC</u>

ការិយាល័យបង្ការ និងត្រួតពិនិត្យការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

<u>អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖</u>

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

<u>សូមចំណាំ៖</u> សំណើលុបចោលការអនុញ្ញាតដែលបានផ្ញើមកកាន់ SAPC ដោយអតិថិជនដែលមិនបានបំពេញទម្រង់នៃការយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ជាមួយ SAPC ឬសំណើដែលបានផ្ញើដោយគ្មានច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលដែលមានសុពលភាព នឹងមិនត្រូវបានដំណើរការឡើយ។

<u>របៀបបំពេញទម្រង់នៃការយល់ព្រម សម្រាប់នីតិវិធីផ្លូវច្បាប់របស់ SAPC</u>

គោលបំណងនៃការយល់ព្រម និងការបង្ហាញព័ត៌មាន (ផ្នែកខាងលើនៃទម្រង់)

ផ្នែកនេះកំណត់**ប្រភេទអ្វីនៃដំណើរការផ្លូវច្បាប់** ដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន SUD របស់អ្នក។

ជំហានទី 1 — ជ្រើសរើសប្រភេទនៃនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់

សូមជ្រើសរើសប្រភេទដែលត្រូវនឹងបញ្ហាផ្លូវច្បាប់ដែលព័ត៌មាន SUD របស់អ្នក ដែលនឹងត្រូវយកទៅប្រើប្រាស់។
ត្រូវប្រើទម្រង់ដាច់ដោយឡែកសម្រាប់នីតិវិធីផ្លូវច្បាប់នីមួយៗ ដែលមានលក្ខណៈខុសគ្នា ដោយសារអតិថិជនអាចមានចំណូលចិត្តខុសៗគ្នា ទាក់ទងនឹងការបង្ហាញព័ត៌មានសម្រាប់នីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ផ្សេងៗគ្នា។
សូមជ្រើសរើសយកមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម៖

- ☐ **បទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌ**
- ☐ **រដ្ឋប្បវេណី**
- ☐ **នីតិបញ្ញត្តិ**
- ☐ **រដ្ឋបាល**

ជំហានទី 2 — បន្ថែមព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)

នៅលើបន្ទាត់ទទេនៅខាងក្រោមប្រអប់ធីក សូមសរសេរព័ត៌មានសម្រាប់សម្គាល់ករណីដែលអ្នកមាន ដូចជា៖

- **លេខសំណុំរឿង**
- **ផ្នែករបស់តុលាការ**
- **លេខឯកសាររបស់ស្ថាប័ន**
- **កាលបរិច្ឆេទនៃសវនាការ**
- **ឈ្មោះអ្នកស៊ើបអង្កេត ឬមេធាវី**

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានព័ត៌មាននេះទេ អ្នកអាចទុកវាឱ្យនៅទំនេរបាន។

ផ្នែកទី I — ព័ត៌មានរបស់អតិថិជន

សូមបំពេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ SAPC និងអ្នកផ្តល់សេវា អាចកំណត់អត្តសញ្ញាណកំណត់ត្រារបស់អ្នកបានត្រឹមត្រូវ។

1. **ឈ្មោះ៖** សរសេរឈ្មោះពេញតាមផ្លូវច្បាប់របស់អ្នក (នាមត្រកូល នាមខ្លួន និងនាមកណ្តាល)
2. **ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖** ប្រើទម្រង់ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ (MM/DD/YYYY)
3. **លេខ Medi-Cal៖** បញ្ចូលលេខ Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមាន
4. **អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖** បញ្ចូលអាសយដ្ឋានអ៊ីមែលដែលអ្នកពិនិត្យមើលជាប្រចាំ
5. **លេខទូរសព្ទ៖** លេខទូរសព្ទដែលល្អបំផុតសម្រាប់ទាក់ទងមកអ្នក
6. **លេខ SSN 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយ៖** បញ្ចូលតែលេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។
   ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខ SSN ឬមិនដឹងលេខ SSN របស់អ្នកទេ សូមទុកវាឱ្យនៅទំនេរ។
7. **អាសយដ្ឋាន៖** អាសយដ្ឋានសម្រាប់ទទួលសំបុត្របច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

8. **លេខសម្គាល់ Sage៖** បញ្ចូលលេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ Sage EHR របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកដឹង។ ប្រសិនបើមិនដឹងទេ សូមទុកវាឱ្យនៅទំនេរ ឬសួរអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

ផ្នែកទី II — ស្ថាប័នដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព

ផ្នែកនេះបញ្ជាក់ថា **តើអ្នកណាខ្លះអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី SUD របស់អ្នក** សម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកបានជ្រើសរើស។

ជំហានទី 1 — អានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីការអនុញ្ញាត

វាពន្យល់ថា អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល SAPC ទាំងបច្ចុប្បន្ន និងពីមុនរបស់អ្នក អាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពី SUD របស់អ្នក ជាមួយស្ថាប័នផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកបានចុះបញ្ជី។

ជំហានទី 2 — រាយបញ្ជីអង្គភាពផ្លូវច្បាប់ ឬនីតិបុគ្គលនីមួយៗ

សម្រាប់ភាគីផ្លូវច្បាប់នីមួយៗ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសំណុំរឿងរបស់អ្នក សូមបំពេញ៖

- **ឈ្មោះស្ថាប័ន ឬបុគ្គល** (ឧទាហរណ៍៖ "តុលាការជាន់ខ្ពស់ឡូសអេនជឺឡេស - Los Angeles Superior Court" "នាយកដ្ឋានត្រួតពិនិត្យអ្នកអនុវត្តទោស - Probation Department" "មេធាវី John Smith" "អ្នកទំនាក់ទំនងតុលាការរបស់ DMH - DMH Court Liaison")
- **អាសយដ្ឋាន** (អាសយដ្ឋានប្រៃសនីយ៍ពេញលេញ)
- **លេខទូរសព្ទ** (រួមទាំងលេខកូដតំបន់)
- **លេខទូរសារ** (ប្រសិនបើមាន)
- **អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល** (ប្រសិនបើមាន)
- **គោលបំណង** (ជាជម្រើស)

ជំហានទី 3 — បន្ថែមទំព័រផ្សេងទៀត ប្រសិនបើចាំបាច់

ប្រសិនបើអ្នកមានអង្គភាពលើសពីបី សូមបំពេញ ឯកសារ "បុគ្គល/អង្គភាពដែលមានការអនុញ្ញាតបន្ថែម សម្រាប់ ROI - Supplemental Authorized Individuals/Entities for ROI" ដើម្បីរាយបញ្ជីអង្គភាពបន្ថែមទាំងនោះ ហើយភ្ជាប់ឯកសារនេះ នៅផ្នែកខាងចុងនៃទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ។

ផ្នែកទី III — កម្រិតនៃការបង្ហាញព័ត៌មាន

ផ្នែកនេះកំណត់ថា **តើព័ត៌មានអ្វីខ្លះ** ដែលអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញ។

ជំហានទី 1 — ជ្រើសរើសជម្រើសមួយ

- ☐ **ឯកសារសុខភាពទាំងស្រុងរបស់ខ្ញុំ៖** ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់អោយគេប្រើប្រាស់ឯកសារ SUD ដែលមានរបស់អ្នក សម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់។
- ☐ **ផ្សេងៗ៖** ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់កំណត់កម្រិត នៃព័ត៌មានដែលត្រូវចែករំលែក។

ជំហានទី 2 — ប្រសិនបើជ្រើសរើស "ផ្សេងទៀត" បញ្ជាក់ឱ្យច្បាស់នូវអ្វីដែលអ្នកចង់បង្ហាញ

សូមបញ្ជាក់ឱ្យជាក់លាក់ តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដឹងថាអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកអនុញ្ញាតអោយបង្ហាញ។
ឧទាហរណ៍៖

- “កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាលតែប៉ុណ្ណោះ”
- “ការវាយតម្លៃ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតែប៉ុណ្ណោះ”
- “បញ្ជីថ្នាំ”
- “ភស្តុតាងនៃការចូលរួមក្នុងកម្មវិធី”
- “របាយការណ៍អំពីការរីកចម្រើនតែប៉ុណ្ណោះ”

ផ្នែកទី IV — ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត

អ្នកមិនចាំបាច់សរសេរអ្វីនៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ សូមអានផ្នែករងនីមួយៗ ដោយយកចិត្តទុកដាក់។

- **ថ្ងៃផុតកំណត់៖** ទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះ នឹងផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ លើកលែងតែអ្នកបានកំណត់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ផ្សេងពីនេះ ឬមានការលុបចោលការយល់ព្រម។
  សូមសរសេរកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងកន្លែងដែលបានកំណត់ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ឱ្យទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះផុតកំណត់ មុន ឬក្រោយរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខានេះ។ ប្រសិនបើអ្នក មិនបានកំណត់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ទេនោះ អ្នកផ្តល់សេវានឹងកំណត់យកកាលបរិច្ឆេទមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ នៃការយល់ព្រមនេះ។
- **ការការពារ៖** ឯកសាររបស់អ្នក ត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សហព័ន្ធ **ក្រោមបទប្បញ្ញត្តិ** 42 CFR **ផ្នែកទី** 2 និង HIPAA។
- **សិទ្ធិមិនចុះហត្ថលេខា៖** អ្នកអាចបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាបាន ដោយធ្វើដូច្នេះ ឯកសាររបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចេញឡើយ។
- **សិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លង៖** អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារយល់ព្រម ដែលបានចុះហត្ថលេខានោះ។
- **ការការពារតាមផ្លូវច្បាប់៖** ព័ត៌មានរបស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងដំណើរការនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ឡើយ ប្រសិនបើគ្មានការយល់ព្រមដាច់ដោយឡែកមួយទៀត។
- **សិទ្ធិលុបចោលការយល់ព្រម៖** អ្នកអាចលុបចោលការយល់ព្រមនេះ បានគ្រប់ពេល។ ព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែករំលែករួចហើយ មិនអាចដកយកមកវិញបានទេ។

ផ្នែកទី V — ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់

នេះគឺជាកន្លែងដែលអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាផ្លូវការសម្រាប់ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន។

1. **សរសេរឈ្មោះ៖** ឈ្មោះពេញតាមផ្លូវច្បាប់របស់អ្នក។
2. **ហត្ថលេខា៖** ចុះហត្ថលេខារបស់អ្នក។
   ក. ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសរសេរបាន អ្នកអាចចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់។
   ខ. ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ សាក្សីចំនួនពីរនាក់ ត្រូវបំពេញផ្នែកសម្រាប់សាក្សី។
3. **កាលបរិច្ឆេទ៖** បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខា។
4. **ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខា ដោយតំណាងស្របច្បាប់៖**
   ក. បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង (ឧទាហរណ៍៖ ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ។ល។)។
   ខ. បញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាច (ឧទាហរណ៍៖ ដីកាសម្រេចរបស់តុលាការ អ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិ ។ល។)

5. **ផ្នែកសម្រាប់សាក្សី** ***<u>(សម្រាប់តែករណីដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ ឬក្នុងករណីដែលអតិថិជនជាអនីតិជន ហើយត្រូវការការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់ពួកគេប៉ុណ្ណោះ)</u>***

សាក្សីទាំងពីរនាក់ត្រូវ៖

- សរសេរឈ្មោះរបស់ពួកគេ ឱ្យបានច្បាស់លាស់
- ចុះហត្ថលេខាឈ្មោះរបស់ពួកគេ

ប្រសិនបើ **អ្នកតំណាងស្របច្បាប់** ចុះហត្ថលេខា ពួកគេត្រូវតែបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់។ ប្រសិនបើអតិថិជន **ចុះហត្ថលេខាដោយសញ្ញាសម្គាល់** សាក្សីពីរនាក់ត្រូវសរសេរ និងចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់ពួកគេ។

ទម្រង់នៃការយល់ព្រមត្រូវតែមានការចុះហត្ថលេខាដោយអនីតិជន **និង**ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់
ក្នុងករណីដែលត្រូវការ នូវការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់សម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សា ឬការព្យាបាលបញ្ហា SUD ដល់អនីតិជន។
ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់ ត្រូវសរសេរឈ្មោះពេញ ចុះហត្ថលេខា
និងដាក់កាលបរិច្ឆេទនៅលើបន្ទាត់ចុះហត្ថលេខាទីមួយ ក្រោមផ្នែកទី V ដែលមានចំណងជើងថា “ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់” ហើយត្រូវបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់ខ្លួន ជាមួយអតិថិជននៅលើបន្ទាត់ខាងក្រោមបន្ទាត់ចុះហត្ថលេខាទីមួយនោះ។
ចំណែកអនីតិជនវិញ ត្រូវសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខា នៅក្នុងផ្នែកនៃហត្ថលេខារបស់សាក្សីទីមួយ។

ផ្នែកទី VI — សេចក្តីជូនដំណឹងភ្ជាប់ជាមួយការបង្ហាញព័ត៌មាន

នេះគឺជាសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការរក្សាការសម្ងាត់តាមបទប្បញ្ញត្តិ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ដែលតម្រូវឱ្យមានភ្ជាប់មកជាមួយនូវព័ត៌មានរបស់អ្នក។
មិនចាំបាច់មានការសរសេរអ្វីនៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលភ្ជាប់មកជាមួយការបញ្ចេញព័ត៌មាន
គឺជាសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការរក្សាការសម្ងាត់ ដែលនឹងភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារនានា
ដែលត្រូវបានបញ្ចេញតាមការអនុញ្ញាតពីការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។ សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការរក្សាការសម្ងាត់នេះ
ជូនដំណឹងដល់អ្នកទទួលថា ឯកសារដែលទទួលបាននោះ ត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធស្តីពីការរក្សាការសម្ងាត់
ហើយមិនអាចចែករំលែកទៅកាន់ស្ថាប័នផ្សេងទៀត ដែលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយទម្រង់នៃការយល់ព្រមនេះឡើយ។

ផ្នែកទី VII — ការលុបចោលការយល់ព្រម

សូមបំពេញផ្នែកនេះ **នៅពេលដែលអ្នកចង់លុបចោលការយល់ព្រមរបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ (ឧ៖ នៅពេលអនាគត)**។

ជំហានទី 1 — ព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្តល់សេវា

បំពេញអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល៖

- **ឈ្មោះអង្គការ**
- **អាសយដ្ឋានប្រៃសនីយ៍ពេញលេញ**

ជំហានទី 2 — ហត្ថលេខាក្នុងការលុបចោល

1. **សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក**
2. **ចុះហត្ថលេខា (ឬធ្វើសញ្ញាសម្គាល់)**

3. **ដាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការលុបចោល** (MM/DD/YYYY)
4. ប្រសិនបើ **តំណាងស្របច្បាប់** ចុះហត្ថលេខា **សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាច** ក្នុងការចុះហត្ថលេខា
5. ប្រសិនបើដាក់ឯកសារដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ SAPC សូម**ភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល** ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក

ជំហានទី 3 — សាក្សី (ក្នុងករណីចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ ឬប្រសិនបើអតិថិជនជាអនីតិជន ហើយត្រូវការការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ឬតំណាងស្របច្បាប់)

ជំហានទី 3 — សាក្សី (ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយការធ្វើសញ្ញាសម្គាល់ ឬដោយអនីតិជន)

សាក្សីពីរនាក់ ឬអនីតិជន ត្រូវសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខា។

ជំហានទី 4 — ដាក់ស្នើសុំការលុបចោល

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់ឯកសារនៃការយល់ព្រមដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ SAPC តាំងពីដំបូងមក អ្នកអាចផ្ញើការលុបចោលវិញ តាមរយៈ៖

- **អ៊ីមែលដែលមានសុវត្ថិភាព**ទៅកាន់ SAPC-HIM@ph.lacounty.gov
  (ត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល)
- **ផ្ញើសំបុត្រ**ទៅកាន់អាសយដ្ឋានរបស់ SAPC ដែលមានដាក់នៅលើទម្រង់

សូមផ្ញើការលុបចោលទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា ភ្នាក់ងាររបស់អ្នក ឬទៅ SAPC ដោយប្រើការណែនាំនៅលើទម្រង់។

និយមន័យបន្ថែម

ការអនុញ្ញាត / ការយល់ព្រម

ឯកសារដែលបានសរសេរ និងចុះហត្ថលេខា ដែលបំពេញតាមតម្រូវការទាំងអស់នៃបទប្បញ្ញត្តិ 42 CFR ផ្នែកទី 2 រួមមាន៖

- គោលបំណងនៃការបង្ហាញព័ត៌មាន
- អ្នកដែលអាចបង្ហាញព័ត៌មាន
- អ្នកដែលអាចទទួលព័ត៌មាន
- ព័ត៌មានអ្វីខ្លះ ដែលអាចចែករំលែកបាន
- កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់
- ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ

ទម្រង់នៃការអនុញ្ញាតបញ្ចេញព័ត៌មាន (ROI) របស់ SAPC នីមួយៗ ត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការទាំងនេះ សម្រាប់គោលបំណងជាក់លាក់របស់វា។

ការសម្របសម្រួលការថែទាំ

ការទំនាក់ទំនង និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរវាងអ្នកផ្តល់សេវាដើម្បីគាំទ្រដល់ការព្យាបាល ការបញ្ជូនទៅទទួលសេវាផ្សេងទៀត ការគ្រប់គ្រងករណី និងភាពបន្តនៃការថែទាំរបស់អ្នកទទួលសេវា។

អតិថិជន

បុគ្គលដែលទទួលបានសេវាសម្រាប់បញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD)។ អតិថិជន

គឺជាបុគ្គលដែលព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI) របស់ខ្លួនអាចនឹងត្រូវបានចែករំលែក នៅពេលដែលពួកគេចុះហត្ថលេខាលើ ROI ។

អង្គភាព

ស្ថាប័ន ទីភ្នាក់ងារ អ្នកផ្តល់សេវា តុលាការ មេធាវី ឬបុគ្គលណាមួយ ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទទួល ឬបង្ហាញព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហា SUD ។ ឧទាហរណ៍៖ អ្នកផ្តល់សេវា SAPC ក៏ដូចជា DHCS គម្រោងថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រង តុលាការ មន្ត្រីត្រួតពិនិត្យអ្នកអនុវត្តទោស និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម។

ដំណើរការផ្លូវច្បាប់

រាល់ដំណើរការផ្នែកព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋប្បវេណី រដ្ឋបាល ឬនីតិប្បញ្ញត្តិ ដែលព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹង SUD អាចត្រូវបានស្នើសុំ ឬប្រើប្រាស់ប្រឆាំងនឹងអតិថិជន។ ឧទាហរណ៍៖ សវនាការតុលាការ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានការព្យួរទោស ករណីពាក់ព័ន្ធនឹងសុខុមាលភាពកុមារ និងសវនាការដើម្បីកំណត់សិទ្ធិ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម។

តំណាងស្របច្បាប់

បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតតាមផ្លូវច្បាប់ ឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តជំនួសអតិថិជន។ ឧទាហរណ៍៖

- អ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិ ឬបុគ្គលដែលត្រូវបានតែងតាំងដោយតុលាការ
- អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់
- ឪពុកម្តាយរបស់អនីតិជន។ ពួកគេអាចចុះហត្ថលេខាលើ ROI បាន លុះត្រាតែពួកគេមានឯកសារបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់។

ស្តង់ដារកម្រិតអប្បបរមាដែលចាំបាច់

អាចត្រូវបានចែករំលែកព័ត៌មានក្នុងកម្រិតតិចតួចបំផុតដែលចាំបាច់ ដើម្បីបំពេញគោលបំណងនៃការយល់ព្រម យោងតាមគោលបំណងរបស់ HIPAA។

ការទូទាត់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

សកម្មភាពរដ្ឋបាលដែលចាំបាច់សម្រាប់ការចេញវិក្កយបត្រ ការទូទាត់ ឬការគ្រប់គ្រងសេវាកម្មទាក់ទងនឹង SUD រួមមាន៖

- ការចេញវិក្កយបត្រ Medi-Cal
- ការត្រួតពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានសេវា
- ការត្រួតពិនិត្យការប្រើប្រាស់សេវា
- ការកែលម្អគុណភាព
- ការធ្វើសវនកម្ម និងការត្រួតពិនិត្យការអនុវត្តតាមបទប្បញ្ញត្តិ

ការបង្ហាញព័ត៌មានឡើងវិញ

ការចែករំលែកព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹង SUD បន្ទាប់ពីការបញ្ជូនព័ត៌មានលើកដំបូង។ យោងតាមបទប្បញ្ញត្តិ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ការបញ្ជូនបន្តនូវព័ត៌មាននេះ **ត្រូវបានអនុញ្ញាត** លើកលែងតែក្នុងករណីនីតិវិធីផ្លូវច្បាប់ប៉ុណ្ណោះ។

ការលុបចោលការយល់ព្រម

អតិថិជនមានសិទ្ធិលុបចោលការយល់ព្រមរបស់ខ្លួននៅពេលណាក៏បាន។
ការដកហូតការយល់ព្រមមិនអាចលុបចោលការបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានធ្វើឡើងរួចហើយនៅពេលដែលការយល់ព្រមនោះនៅមានសុពលភាពនោះទេ។ ការដកឈ្មោះចេញត្រូវធ្វើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬបំពេញតាមផ្នែកនៃការលុបចោលដែលមាននៅក្នុងទម្រង់ ROI។

អ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបី

អង្គភាពណាមួយ ដែលមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ ឬសងប្រាក់វិញសម្រាប់សេវាកម្មព្យាបាលបញ្ហា SUD ដែលមិនមែនជាអ្នកទទួលសេវាផ្ទាល់ខ្លួនឯង។ ឧ៖ Medi-Cal, DHCS គម្រោងថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រង និងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឯកជន។

អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល / បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SAPC

កម្មវិធីព្យាបាលបញ្ហា SUD ណាមួយ ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ LA County SAPC រួមទាំងកម្មវិធីព្យាបាលក្រៅមន្ទីរពេទ្យ ការព្យាបាលបែបស្នាក់នៅ កម្មវិធី OTP ការគ្រប់គ្រងការផ្តាច់គ្រឿងឬថ្នាំញៀន និងកម្មវិធីគាំទ្រការជាសះស្បើយ។

សាក្សី

បុគ្គលដែលសង្កេតឃើញអតិថិជនចុះហត្ថលេខាលើ ROI **ដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់**
(ក្នុងករណីដែលអតិថិជនមិនអាចចុះហត្ថលេខាជាអក្សរបាន)។ សាក្សីចំនួនពីរ (2) នាក់ ត្រូវសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខា ដើម្បីឱ្យសញ្ញាសម្គាល់នោះ ត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសុពលភាព។