សេចក្តីប្រកាសពីការដកចេញពីការចុះឈ្មោះ TRUSTLINE និងសេចក្តីបញ្ជាក់ផ្ទាល់ខ្លួនពីសុខភាព និងសុវត្ថិភាព

COUNTY USE ONLY
CASE NAME
CLIENT CASE NUMBER
WORKER NAME
WORKER NUMBER

ការណែនាំ:

ប្រសិនបើអ្នកគឺជាមីង ពូ អ៊ំ ជីដូន/ជីតារបស់កុមារដែលអ្នកកំពុងផ្តល់ការថែទាំ ហើយអ្នកត្រូវបានដកចេញពីការផ្តល់លិខិតអនុញ្ញាត សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ហើយបញ្ជាក់ក្នុងចន្លោះខាងក្រោមនូវឈ្មោះកុមារ និងទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយកុមារទាំងនោះ ។

1. ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកផ្តល់សេវា _____/_____/_____
   អាសយដ្ឋាន_____ ក្រុង_____ រដ្ឋ_____ លេខកូដ _____
   លេខទូរស័ព្ទ ( )_____

   រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តម្រូវឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាបង្ហាញថា ពួកគេមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ។ សំណៅចម្លងប័ណ្ណបើកបររបស់អ្នកផ្តល់សេវា ឬភស្តុតាងពីអាយុផ្សេងទៀត ត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយ ។

2. រាយឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រួសារដែលអ្នកកំពុងធ្វើការឱ្យ

   ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល _____ លេខទូរស័ព្ទ ( ) _____

   អាសយដ្ឋាន _____ ក្រុង_____ រដ្ឋ_____ លេខកូដ _____

3. ការថែទាំកុមារ នឹងត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយស្ថិតក្រោម (*គូសមួយ*): ☐ ផ្ទះរបស់កុមារ ☐ ផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា

ខ្ញុំសូមប្រកាសដោយស្ថិតក្រោមច្បាប់ស្តីពីការភូតភរ ក្រោមច្បាប់សហរដ្ឋអាមេរិក និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាថា ខ្ញុំជាសាច់ញាតិបង្កើត សាច់ញាតិផ្លែ ឬតាមរយៈដីការតុលាការ គឺជា ,_____
(មីង ពូ អ៊ំ ជីដូន/ជីតា)

របស់_____, _____, _____,
ឈ្មោះកុមារ ឈ្មោះកុមារ ឈ្មោះកុមារ

_____, _____, _____,
ឈ្មោះកុមារ ឈ្មោះកុមារ ឈ្មោះកុមារ

_____, _____, ដែលខ្ញុំកំពុងផ្តល់ការថែទាំ ។
ឈ្មោះកុមារ ឈ្មោះកុមារ

ខ្ញុំដឹងថា ដោយសារតែខ្ញុំគឺជាមីង ពូ អ៊ំ ឬជីដូន/ជីតា ខ្ញុំត្រូវបានដកចេញពីតម្រូវការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ TrustLine និងតម្រូវការបំពេញលិខិតបញ្ជាក់ផ្ទាល់ខ្លួនពីសុខភាព និងសុវត្ថិភាព ។

ខ្ញុំដឹងថា ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ អាចបណ្តាលឱ្យមានការដាក់ទោសតាមច្បាប់ដោយធ្វើការពិន័យ និងជាប់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ ។

ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ខ្ញុំគឺជាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារដែលមានរាយក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ថាខ្ញុំបានអានសេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកផ្តល់ការថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំ ហើយថាខ្ញុំយល់ព្រមជាមួយសេចក្តីប្រកាសនេះ ពាក់ព័ន្ធទៅនឹងទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាជាមួយនឹងកូនរបស់ខ្ញុំ ។

ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែបញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះជាបន្ទាន់ឱ្យក្រសួងសុខុមាលភាពខោនធី (County Welfare Department) កម្មវិធីបង់ប្រាក់ជម្រើស (Alternative Payment Program) ឬភ្នាក់ងារបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត (Payment Agency)

ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ

COUNTY OR APP USE ONLY

Return this form by:_____ to: