

# កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភដែលស្របតាមសម្រាប់អ្នកមានបទឧក្រិដ្ឋខ្លះៗនៃមតិផ្ទៀងផ្ទាត់

លោកអ្នកអាចទទួលបានសិទ្ធិសម្រាប់ផលប្រយោជន៍បណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភ ទោះបីជាលោកអ្នក ឬ សមាជិកក្នុងគ្រួសារណាម្នាក់របស់លោកអ្នក ធ្លាប់ត្រូវបានកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋទាក់ទងនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ ។ សូមឆ្លើយនឹងសំណួរខាងក្រោមនេះ ហើយសូមអាននិងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំនួរអ្វីមួយ សូមទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលិករបស់លោកអ្នក ។

<p>1. ចាប់តាំងពីថ្ងៃទី 22 ខែ សីហា ឆ្នាំ 1996 តើលោកអ្នក ឬ សមាជិកក្នុងគ្រួសារណាម្នាក់របស់លោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋទាក់ទង និងផ្ទៀងផ្ទាត់ ដែលមិនទាន់ត្រូវបានលុបចោលដែរឬទេ ?</p> <p>ប្រសិនបើធ្លាប់ត្រូវបានកាត់ទោស សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោមនេះ តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានកាត់ទោសពីបទ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ការដឹកជញ្ជូន ការនាំចូលមកក្នុងរដ្ឋនេះ ការលក់ ការផ្គត់ផ្គង់ ការប្រើប្រាស់ ការចែកចាយ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>ភាពជាម្ចាស់សំរាប់ការលក់ ការទិញក្នុងគោលបំណងលក់ចែកចាយ ការផលិត ឬ ដំណើរការរៀបជាប្រច្ឆ័យ ក្នុងគោលបំណងផលិត សារធាតុហាមឃាត់ ឬ ការដាំដុះ ការប្រមូលផល ឬ ការផលិតកញ្ឆា</li> <li>● ការលើកទឹកចិត្ត ការជំរុញ ការរំលោភ ឬការសម្តែងកុមារឱ្យចូលរួមក្នុងសកម្មភាពណាមួយដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> </ul> <p>ប្រសិនបើមិនធ្លាប់ត្រូវបានកាត់ទោស សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោមនេះ :</p>	<p>County Use Column</p>
<p>2. តើលោកអ្នក ឬ សមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក :</p> <p>a) បានបញ្ចប់កម្មវិធីព្យាបាលផ្ទៀងផ្ទាត់ ដែលទទួលបានស្គាល់ដោយរដ្ឋាភិបាលឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>b) បានចូលរួមក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលផ្ទៀងផ្ទាត់ ដែលទទួលបានស្គាល់ដោយរដ្ឋាភិបាលឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>c) បានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលផ្ទៀងផ្ទាត់ ដែលទទួលបានស្គាល់ដោយរដ្ឋាភិបាលឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>d) ត្រូវបានដាក់ក្នុងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកសម្រាប់កម្មវិធីព្យាបាលផ្ទៀងផ្ទាត់ ដែលទទួលបានស្គាល់ដោយរដ្ឋាភិបាលឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>e) ឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុហាមឃាត់ និង មានកស្មតាងដែលបញ្ជាក់ថា <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>លោកអ្នកបានបញ្ចប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុហាមឃាត់ឬទេ ?</p> <p>សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវភស្តុតាង ឬ ទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលិករបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកមានចម្លែងច្រាម</p>	<p>Proof provided: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>

### ការពិនិត្យចំពោះការកែប្រែបណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភ

មានការពិនិត្យចំពោះការបណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភ

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកាត់ទោសពីការប្រព្រឹត្តល្មើសលើកម្តងដោយចេតនា ចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬ ព័ត៌មានមិនពេញលេញ ខ្ញុំអាចមិនទទួលបានសិទ្ធិរយៈពេលមួយឆ្នាំចំពោះការប្រព្រឹត្តល្មើសលើកទីមួយ និង ពីរឆ្នាំចំពោះការប្រព្រឹត្តល្មើសលើកទីពីរ និង ជារៀងរហូតចំពោះការប្រព្រឹត្តល្មើសលើកទីបី ។

ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានរកឃើញថាមានកំហុសដោយគុណការច្បាប់ណាមួយពីបទជួញដូរផលប្រយោជន៍ បណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភដើម្បីជួយកសាងសារធាតុហាមឃាត់ ខ្ញុំនឹងមិនទទួលបានសិទ្ធិរយៈពេលពីរឆ្នាំចំពោះការប្រព្រឹត្តល្មើសលើកទីមួយ និង ជារៀងរហូតចំពោះការប្រព្រឹត្តល្មើសលើកទីពីរ ។

ប្រសិនបើខ្ញុំជួញដូរ ឬ លក់ផលប្រយោជន៍បណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភ ដែលមានតម្លៃ 500 ដុល្លារ ឬ លើសពីនេះ ខ្ញុំអាចមិនទទួលបានផលប្រយោជន៍ជារៀងរហូត ។

### សេចក្តីបញ្ជាក់របស់អ្នកដាក់ពាក្យ / អ្នកទទួល

ខ្ញុំបានបំពេញសំណួរខាងលើ និង បានអាននូវព័ត៌មានទាំងអស់ ។ ខ្ញុំយល់ពីបទបញ្ញត្តិរបស់បណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភ និងការពិនិត្យដែលទាក់ទងនឹងការ ដាក់ពាក្យរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើឡើងវិញសម្រាប់បណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភ ។ ខ្ញុំយល់ពីបទបញ្ញត្តិ និង យល់ព្រមធ្វើតាមបទបញ្ញត្តិនោះ ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមច្បាប់នៃការកែប្រែបណ្តុះបណ្តាលអាហាររូបត្ថម្ភ និង រដ្ឋការលើបញ្ជីថា ពិតមានដែលមាននៅក្នុងទម្រង់នេះ គឺ ពិត ត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ ។

ហត្ថលេខាសមាជិកពេញវ័យនៅក្នុងគ្រួសារ ( អ្នកតំណាងដែលទទួលបានសិទ្ធិ )	កាលបរិច្ឆេទ
សាក្សីប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាដោយអក្សរ X	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាបុគ្គលដែលផ្តល់សិទ្ធិ	កាលបរិច្ឆេទ