

កិច្ចព្រមព្រៀងសំណងប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់កំហុសរដ្ឋបាលតែប៉ុណ្ណោះ

Table with 2 columns: លេខករណី (Case Number), បុគ្គលិក (Staff), ឈ្មោះករណី (Case Name)

ឈ្មោះ (Name)

អាស័យដ្ឋាន (Address)

អំឡុងពេល និង លក្ខខណ្ឌ - ក្រសួងសុខាភិបាលអាចសងសំណងដល់អ្នកប្រព្រឹត្តកំហុសលើចំនួនប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់យល់ព្រមចំពោះការកាត់ផលប្រយោជន៍ទេ លុះត្រាតែលោកអ្នកចង់សងតាមមធ្យោបាយនេះ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ លោកអ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងសំណង (DFA 377.7D) ដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ។

លោកអ្នកអាចសងផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភលើស ដោយការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រមួយ ឬ ច្រើនដែលបានរាយនោះទីនេះ :

- 1. សំណងសរុប - លោកអ្នកអាចសងចំនួនដែលជំពាក់ទាំងអស់ ឬ មួយផ្នែកក្នុងពេលតែមួយ ជាមួយនឹងផលប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ និង/ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ។
2. ការកាត់ផលប្រយោជន៍ - ប្រសិនបើឥឡូវលោកអ្នកកំពុងទទួលផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ លោកអ្នកអាចសងដោយការកាត់ផលប្រយោជន៍របស់គ្រួសារលោកអ្នកសម្រាប់ចំនួនដែលជំពាក់ទាំងអស់ ឬ មួយផ្នែក ។ លោកអ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយយើងអំពីចំនួនដែលត្រូវកាត់ ។
3. ការសងបន្តិចម្តងៗ - លោកអ្នកអាចសងចំនួនដែលជំពាក់ជាសំណងរៀងរាល់ខែជាមួយផលប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ និង/ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ។

- 4. សំណងដែលបានបញ្ចាំ
[] តុលាការ ឬ ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាលបានបញ្ជាថា លោកអ្នកត្រូវសងដូចដែលបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម ។ លក្ខខណ្ឌសំណងទាំងនេះមិនអាចត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរដោយលោកអ្នក ឬ ដោយស្រុកឡើយ ។
ប្រសិនបើយើងមិនទាន់បានពិភាក្សាជាមួយលោកអ្នកអំពីលក្ខខណ្ឌនៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ឬ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរស័ព្ទទៅអ្នកប្រមូលសុខាភិបាលភាពតាម _____ ។
បន្ទាប់ពីលោកអ្នកបំពេញ និង ចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ សូមប្រគល់ឯកសារទាំងអស់ទៅឱ្យស្រុកដោយដាក់ក្នុងស្រោមសំបុត្រដែលបានផ្តល់ឱ្យ ។ ចូរកុំធ្វើផលប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភតាមសំបុត្រជាមួយនឹងកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ។ នៅពេលដែលបានយល់ព្រមដោយស្រុក ឯកសារចម្លងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបានចុះហត្ថលេខារួចនឹងធ្វើទៅជូនលោកអ្នក ។

កិច្ចព្រមព្រៀង

ខ្ញុំ _____ ដឹងថាកិច្ចព្រមព្រៀងនេះគឺរវាងខ្ញុំ និង ស្រុក _____ ពីព្រោះប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភលើស ចំនួន \$ _____ ត្រូវបានចេញលើសដោយសារកំហុសរបស់ស្រុក ។ ខ្ញុំយល់ព្រមសងចំនួននេះតាមវិធីសាស្ត្រដែលបានគូសខាងក្រោម :

- [] សំណងសរុប
[] ខ្ញុំនឹងសងជាសំណងសាច់ប្រាក់សរុបចំនួន \$ _____ នៅ _____ ។
[] ខ្ញុំនឹងសងសំណងផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភសរុបចំនួន \$ _____ នៅ _____ ។
[] ការកាត់ផលប្រយោជន៍
[] ខ្ញុំនឹងសងដោយការកាត់ផលប្រយោជន៍របស់គ្រួសារខ្ញុំចំនួន \$ _____ រៀងរាល់ខែ ចាប់ផ្តើមនៅ _____ ។
[] ការសងបន្តិចម្តងៗ
[] ខ្ញុំនឹងសងជាសំណងសាច់ប្រាក់រៀងរាល់ខែចំនួន \$ _____ នៅថ្ងៃ _____ នៃខែនីមួយៗចាប់ផ្តើមនៅ _____ ។
[] ខ្ញុំនឹងសងជាសំណងផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរៀងរាល់ខែចំនួន \$ _____ នៅថ្ងៃ _____ រៀងរាល់ខែចាប់ផ្តើមនៅ _____ ។

ខ្ញុំដឹង និង យល់ព្រមផងដែរថា :

- 1. កាលវិភាគសំណងរបស់ខ្ញុំគឺផ្អែកលើសមត្ថភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំក្នុងការសងដូចដែលស្រុកកំណត់ ។ ការផ្លាស់ប្តូរលើសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការសងអាចផ្លាស់ប្តូរសំណងប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំ ។
2. ប្រសិនបើអ្វីមួយផ្លាស់ប្តូរ ខ្ញុំអាចសុំឱ្យស្រុកកំណត់ឡើងវិញនូវលក្ខខណ្ឌដែលបានគូសខាងលើ ។
3. ប្រសិនបើខ្ញុំមិនសងដូចដែលបានយល់ព្រម ហើយខ្ញុំមិនទទួលនូវកាលវិភាគសំណងថ្មី ស្រុកអាចស្នើថាចំនួនសរុបដែលជំពាក់នឹងត្រូវសងឥឡូវនេះ ។

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____ ស្រុក _____

បំពេញដោយស្រុក :

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)