![C:\Users\hannah.james\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\F3J826A3\768px-Breastfeeding-icon-med.svg[1].png]()

**ទំរង់នៃកិច្ចព្រមព្រៀងខ្ចី**ឧបករណ៌**បូមទឹកដោះ**

**កម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភ CDC WIC នៃរដ្ឋម៉េន**

|  |  |
| --- | --- |
| ឈ្មោះភ្នាក់ងារក្នុងតំបន់៖  | ម៉ូដែលរបស់ឧបករណ៌:ស៊េរីរបស់ឧបករណ៌#:ឧបករណ៌ Asset Tag#: |
| **ឈ្មោះអ្នកចូលរួម (ម្តាយ) និងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ #** | ឈ្មោះទារកនិងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ**#:**ថ្ងៃកំណើតរបស់ទារក**:** |
| ទូរស័ព្ទផ្ទះ **#:**ទូរស័ព្ទបម្រុង**#:** | ឈ្មោះអ្នកទំនាក់ទំនងជំនួស**:**ទូរស័ព្ទរបស់អ្នកជំនួស**#:** |
| ហេតុផលនៃការខ្ចីឧបករណ៌បូមទឹកដោះ**:**  |

កិច្ចព្រមព្រៀងនៃការខ្ចី**:**

* ខ្ញុំយល់ដឹងថាកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភ WIC CDC របស់រដ្ឋម៉េនកំពុងឱ្យខ្ញុំខ្ចីនូវ**ឧបករណ៌បូមទឹកដោះ**។
* ខ្ញុំយល់ដឹងថា**ឧបករណ៌បូមទឹកដោះត្រូវបាន អោយអ្នកចូលរួមខ្ចីក្នុងមូលដ្ឋានអាទិភាពហើយខ្ញុំនឹងប្រគល់ប្រដាប់បូមវិញបើមានការស្នើសុំ ឬគួរតែប្រគល់អោយអ្នកដែលមានអាទិភាពខ្ពស់ជាង**ខ្ញុំបើមានការស្នើសុំ**។**
* ខ្ញុំយល់ដឹងថាខ្ញុំត្រូវយក**ឧបករណ៌បូមទឹកដោះត្រឡប់មកវិញ**ប្រសិនបើ៖
	+ ខ្ញុំមិនមកតាមការណាត់ជួប ឬឈប់មក WIC
	+ ទារកមានអាយុគ្រប់មួយខួប
	+ មិនត្រូវការជំនួយសេវាសុខភាពបន្ត
	+ ទារកទទួលម្សៅ**ទឹកដោះ**បន្ថែមលើសពីចំនួនដែលបានអនុញ្ញាតអោយ
	+ បុគ្គលិក WIC មិនអាចទាក់ទងខ្ញុំដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ នៃការបន្តតម្រូវការ**ឧបករណ៌បូមទឹកដោះ**
* ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះ**ឧបករណ៌បូមទឹកដោះ** ហើយខ្ញុំត្រូវយកវាត្រលប់មកវិញ ក្នុងស្ថានភាពដូចគ្នា ដែលខ្ញុំបានទទួល។
* ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំមិនយកឧបករណ៌បូមទឹក**ដោះ**មកវិញ ឬខ្ញុំធ្វើឱ្យខូច នោះកម្មវិធី WIC អាចអោយខ្ញុំបង់ប្រាក់នៃតំលៃសរុបរបស់**ឧបករណ៌បូមទឹកដោះ។** ខ្ញុំដឹងថា**ឧបករណ៌បូមទឹកដោះ** នេះអាចមានតម្លៃរហូតដល់ទៅ 1000 ដុល្លារ។

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអតិថិជន កាលបរិច្ឆេទ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកតំណាង (ប្រសិនបើអតិថិជនមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ) ហត្ថលេខាអ្នកតំណាង លេខទូរស័ព្ទអ្នកតំណាង

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាបុគ្គលិក WIC កាលបរិច្ឆេទ តម្លើង, ការប្រើប្រាស់, សំអាតត្រួតពិនិត្យ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ឈ្មោះ​កាត់បុគ្គលិក

ថ្ងៃយកត្រឡប់មកវិញ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ឈ្មោះ​កាត់បុគ្គលិក: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_