



ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន
យើងតាំងចិត្តប្តេជ្ញាចំពោះឯកជនភាពនៃព័ត៌មានរបស់អ្នក។
សូមអានទម្រង់បែបបទនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

តើការិយាល័យ DHHS មួយណាគួរជួយអ្នក? សូមគូសផឹក។

<input type="checkbox"/> ការិយាល័យសេវាកម្ម MaineCare	<input type="checkbox"/> សេវាកម្មផ្នែកការប្រែប្រួលថ្នាំញៀន និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត
<input type="checkbox"/> ការិយាល័យសម្រាប់ករណីរ៉ាំរ៉ៃសម្រាប់ការគ្រួសារ និងក្រុមគ្រួសារ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញ	<input type="checkbox"/> ការិយាល័យសេវាកម្មកុមារ និងក្រុមគ្រួសារ
<input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌល Maine សម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងបង្ការជង	<input type="checkbox"/> ការិយាល័យសេវាកម្មមនុស្សចាស់ជរា និងពការណ៍
<input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលរីកលវិទ្យា Dorothea Dix	<input type="checkbox"/> ការិយាល័យសវនាការរដ្ឋបាល
<input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលរីកលវិទ្យា Riverview	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖

តើព័ត៌មានរបស់នរណាដែលកំពុងត្រូវបានបញ្ចេញផ្សាយ? សូមបោះពុម្ពឲ្យបានច្បាស់។

ឈ្មោះបុគ្គល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គម
អាសយដ្ឋានផ្ទះ	ទីប្រជុំជន/ទីក្រុង	រដ្ឋ
ទូរស័ព្ទ () -	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល	លេខហត្ថលេខា
	@	

តើព័ត៌មានអ្វីដែល DHHS គួរបញ្ចេញផ្សាយ? សូមគូសយកចម្លើយទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ។

<p>ការអនុញ្ញាតទូទៅ ៖</p> <p><input type="checkbox"/> ព័ត៌មានសុខភាពទាំងអស់ មកពីការិយាល័យ DHHS ដែលត្រូវបានគូសយកខាងលើ</p> <p><input type="checkbox"/> ទិន្នន័យ ការទាមទារសំណង ឬទិន្នន័យនៃការ ជួបតទល់ (ព័ត៌មានអំពីការទៅជួបពិគ្រោះនឹងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព)</p> <p><input type="checkbox"/> ការចេញវិក្កយបត្រគិតថ្លៃ ការបង់ថ្លៃ ប្រាក់ចំណូល ការប្រតិបត្តិការអាជីវកម្មជាមួយធនាគារ ពន្ធអាករ ទ្រព្យសកម្ម ឬ ទិន្នន័យដែលត្រូវការដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី DHHS ដែរឬទេ</p> <p><input type="checkbox"/> ដាក់កម្រិតចំពោះតែកាលបរិច្ឆេទ ឬប្រភេទនៃព័ត៌មានដូចតទៅនេះ ៖ (ឧទាហរណ៍ “ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ដែលមានចុះកាលបរិច្ឆេទនៅថ្ងៃទី 2 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 2017” ឬ “ការទាមទារសំណងពីឆ្នាំ 2015-2017”)</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____</p>	<p>ការអនុញ្ញាតពិសេស ៖ ការណែនាំបញ្ជូនឬសេវាកម្មសម្រាប់ផ្នែកថ្នាំញៀន/ ញៀនស្រា</p> <p><input type="checkbox"/> រួមបញ្ចូល គ្រប់ ព័ត៌មានអំពីថ្នាំញៀន/ ការញៀនស្រាទាំងអស់នៅក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាន</p> <p><input type="checkbox"/> រួមបញ្ចូលតែកំណត់ត្រាអំពីថ្នាំញៀន/ ការញៀនស្រា ជាក់លាក់ ដែលត្រូវបានគូសយកប៉ុណ្ណោះ ៖</p> <p><input type="checkbox"/> ធាតុវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល</p> <p><input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាផ្នែកគ្លីនិកសាស្ត្រ និងការសង្ខេបអំពីការចេញពីពេទ្យ</p> <p><input type="checkbox"/> ប្រវត្តិ ឬការសង្ខេបអំពីថ្នាំញៀន/ការញៀនស្រា</p> <p><input type="checkbox"/> ព័ត៌មានអំពីការបង់ថ្លៃទូទាត់ ឬការទាមទារសំណង</p> <p><input type="checkbox"/> ស្ថានភាពរស់នៅ និងជំនួយគាំទ្រសង្គម</p> <p><input type="checkbox"/> ឱសថ កម្រិតប្រើប្រាស់ ឬគ្រឿងផ្គងផ្គង់</p> <p><input type="checkbox"/> លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____</p>
--	---

ការអនុញ្ញាតពិសេស ៖ សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត/អាកប្បកិរិយា

រួមបញ្ចូលព័ត៌មាននេះនៅក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាន

ខ្ញុំចង់ធ្វើការត្រួតពិនិត្យមើលឯកសារកំណត់ត្រា សុខភាពផ្លូវចិត្ត / អាកប្បកិរិយារបស់ខ្ញុំឡើងវិញសិន មុននឹងបញ្ចេញព័ត៌មាន។ ខ្ញុំយល់ថាការត្រួតពិនិត្យមើលឡើងវិញនឹងត្រូវបានគ្រប់គ្រងត្រួតពិនិត្យមើលពីលើ។

សូមចំណាំ ៖ ច្បាប់ Maine អនុញ្ញាតពួកយើងឲ្យចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដទៃទៀត និងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត ដើម្បីសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក (ដើម្បីជួយថែទាំអ្នក) ដរាបណា យើងបានប្រឹងប្រែងយ៉ាងសមហេតុផលក្នុងការជម្រាបជូនដំណឹងអ្នកនូវការបញ្ចេញព័ត៌មាន។

ការអនុញ្ញាតពិសេស ៖ ស្ថានភាពជំងឺហ៊ីវ/អេដស៍ /លទ្ធផលការធ្វើតេស្ត

រួមបញ្ចូលព័ត៌មាននេះនៅក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាន

សូមចំណាំ ៖ ច្បាប់ Maine តម្រូវឲ្យយើងប្រាប់អ្នកអំពីផលប៉ះពាល់ ដែលអាចកើតមានឡើងនៅក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីជំងឺហ៊ីវ/អេដស៍។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចនឹងទទួលបានការថែទាំកាន់តែពេញលេញ ប្រសិនបើអ្នកបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ តែអ្នកអាចនឹងជួបប្រទះនូវការរើសអើងប្រសិនបើទិន្នន័យរបស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់ខុស។ **DHHS** នឹងការពារទិន្នន័យជំងឺហ៊ីវរបស់អ្នក និងគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់របស់អ្នក ដូចដែលច្បាប់ទាមទារតម្រូវ។

តើអ្នកកំពុងស្នើសុំ DHHS ឲ្យធ្វើព័ត៌មានរបស់អ្នកតាមអ្វីមើលមែនទេ? មែនហើយ។

ថ្វីបើ DHHS មានការការពារឯកជនភាព និងសន្តិសុខសម្រាប់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំក៏ដោយ ក៏ខ្ញុំយល់ថាអ្វីមើល និងអ្វីនឹងធ្វើពិការភាពមានហានិភ័យដែល DHHS មិនអាចគ្រប់គ្រងបាន។ វាអាចទៅរួចដែលថា ព័ត៌មានដែលត្រូវបានធ្វើតាមអ្វីមើលរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានអានដោយភាគីទីបី។ ខ្ញុំព្រមទទួលយកហានិភ័យទាំងនោះ ហើយនៅតែស្នើសុំឲ្យ DHHS ធ្វើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំតាមអ្វីមើលដដែល។ **ចុះហត្ថលេខាបំពេញត្រង់នេះ ៖** _____

តើ DHHS គួរធ្វើព័ត៌មានរបស់អ្នកតាមអ្វីមើលទៅកន្លែងណា? សូមបោះពុម្ពអាសយដ្ឋានអ្វីមើលឲ្យបានច្បាស់ ៖

តើគោលបំណងនៃការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះជាអ្វី? សូមគូសយក ឬសរសេរការឆ្លើយតប។

- ដើម្បីសម្របសម្រួល ឬគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ
- សម្រាប់បញ្ហាផ្លូវច្បាប់ រួមមានដើម្បីផ្តល់នូវទង្វើករណី
- សំណើសុំផ្តល់ខ្លួន ដើម្បីមើលថាតើខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងដទៃ
- ផ្សេងៗ _____

សូមគូសផឹក និងបោះពុម្ពឲ្យបានច្បាស់ខាងក្រោមនេះ ៖ ធ្វើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅកាន់ ទទួលបានព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពី ៖

<p>ឈ្មោះ _____</p> <p>អាសយដ្ឋាន _____</p> <p>ទីក្រុង រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ _____</p> <p>ទូរស័ព្ទ _____ ទូរសារលេខ _____</p>	<p>ឈ្មោះ _____</p> <p>អាសយដ្ឋាន _____</p> <p>ទីក្រុង រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ _____</p> <p>ទូរស័ព្ទ _____ ទូរសារលេខ _____</p>
---	---

ខ្ញុំបានយល់ និងព្រមព្រៀងថា ៖

- “ព័ត៌មាន” អាចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងនិយាយដោយផ្ទាល់មាត់ និង/ ឬ ទម្រង់ជាអេឡិចត្រូនិក។
- ទម្រង់បែបបទនេះនឹងផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេល **មួយឆ្នាំ** គិតចាប់ពីកាល បរិច្ឆេទខាងក្រោមលុះត្រាតែខ្ញុំបានដកហូត (យកមកវិញ) ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំឆាប់ជាងនេះ។
- ដើម្បីយកដកហូតយកការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំមកវិញ ខ្ញុំនឹងបំពេញទម្រង់បែបបទដកហូតដែលត្រូវបានរកឃើញនៅតាម គេហទំព័រ <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> ហើយផ្ញើវាទៅកាន់ការិយាល័យដែលខ្ញុំបានទទួលសេវា កម្ម។ វានឹងមិនអនុវត្តចំពោះព័ត៌មានដែល DHHS បានបញ្ចេញ រួចហើយដោយមានការអនុញ្ញាតពីខ្ញុំនោះទេ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតយកការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំមកវិញ ឬបដិសេធមិនបញ្ចេញ ព័ត៌មានខ្លះ ឬទាំងអស់របស់ខ្ញុំ ជម្រើស របស់ខ្ញុំបែបនេះអាចនឹងនាំទៅដល់ការធ្វើធាតុវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលមិនត្រឹមត្រូវ ឬការបដិសេធមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យគេ និង/ឬការិយាល័យដែលត្រូវបានរាយឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះនិយាយទៅកគ្នាទៅវិញទៅមក សម្រាប់គោលបំណងនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។
- ព័ត៌មានសុខភាពបានមកពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដទៃទៀត (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា យោបល់) នៅក្នុងឯកសារ DHHS របស់ខ្ញុំត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ។
- លុះត្រាតែខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ មិនដូច្នោះទេ DHHS នឹងមិនផ្អែកការព្យាបាលខ្ញុំ ការបង់ថ្លៃទូទាត់របស់ខ្ញុំ សម្រាប់សេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍ទៅលើថាតើខ្ញុំចុះហត្ថលេខាទម្រង់បែបបទនេះ ឬក៏អត់នោះឡើយ។
- ការិយាល័យ DHHS នឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាការណ៍សម្ងាត់ដូចដែលតម្រូវទាមទារដោយច្បាប់។ ប្រសិនបើខ្ញុំ ជ្រើសរើសចែករំលែកព័ត៌មានខ្ញុំជាមួយអ្នកដទៃទៀត ដែលមិនត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់ឲ្យរក្សាវាជាឯកជនទេនោះ វា ប្រហែលនឹងមិនអាចត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធតទៅទៀតឡើយ។
- ប្រសិនបើឯកសារកំណត់ត្រាការព្យាបាល ឬកម្មវិធីផ្នែកព្យាបាល ឬថ្នាំព្យាបាល (វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ) ត្រូវ បានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងការបញ្ចេញ ព័ត៌មាននេះ DHHS នឹងរួមបញ្ចូលសេចក្តីជូនដំណឹងមួយដែលនិយាយថា ព័ត៌មានបែបនោះប្រហែលជានឹងមិនអាចត្រូវបានបញ្ចេញ ឬចែករំលែកសារជាថ្មីដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយ លក្ខណ៍អក្សរពីខ្ញុំឡើយ។

ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងដែលមានចុះហត្ថលេខានៃទម្រង់បែប បទនេះប្រសិនបើខ្ញុំស្នើសុំ។

កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____ ហត្ថលេខា _____

អំណាចរបស់តំណាងជនផ្ទាល់ខ្លួនក្នុងការចុះហត្ថលេខា ៖ _____