

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន CAO

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណុំរឿង				
ខោនធី	លេខកំណត់ត្រា	CAT	CSLD	DIST
ឈ្មោះកំណត់ត្រា				កាលបរិច្ឆេទ

សំណុំបែបបទស្តីពីការដកចេញដោយស្ម័គ្រចិត្ត

ឈ្មោះ ៖ _____

អាសយដ្ឋាន ៖ _____

ទូរស័ព្ទ ៖ _____

ខ្ញុំ _____ ចង់ឱ្យការធានារ៉ាប់រងបិទដំណើរការ

ឬការដកចេញពាក្យសុំចំពោះបុគ្គលដូចខាងក្រោម ៖

	CASH*	MA**	SNAP***
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> សម្រាប់គ្រួសាររបស់ខ្ញុំទាំងអស់ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

មតិយោបល់ ៖ _____

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យសុំម្តងទៀតនៅពេលណាមួយសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនានា ។

បានចុះហត្ថលេខា ៖ _____ សរសេរជាអក្សរពុម្ព ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____



* សាច់ប្រាក់
 ** ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ MA
 *** បំណុលជនក្រីក្រទិញអាហារតម្លៃថោក SNAP