

# សំណុំបែបបទផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតដល់អ្នក ផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណុំរឿង			
ខោនធី	លេខកំណត់ហេតុ	ប្រភេទ	លេខត្រួតពិនិត្យ
			មណ្ឌល
ចំនួនបណ្តឹង			ប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនបុគ្គលិក

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួល ៖ \_\_\_\_\_

ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំ \_\_\_\_\_ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងនៃ \_\_\_\_\_  
ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមតំណាងឱ្យខ្ញុំ ហើយស្នើសុំការលើកលែងដកសេវាកម្មពីក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋនៃរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ានេរៀ  
(Pennsylvania Department of Human Services (DHS)) ។ ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ មានកំណត់ទៅតាមវិសាលភាព  
ចំពោះការធ្វើជាតំណាងឱ្យខ្ញុំក្នុងការស្នើសុំការលើកលែងដកសេវាកម្ម ។

\_\_\_\_\_ ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួល

\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ

\_\_\_\_\_ ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត

\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ

\_\_\_\_\_ យល់ព្រមធ្វើជាតំណាងឱ្យ  
\_\_\_\_\_ នៅក្នុងការស្នើសុំការលើកលែងដកសេវាកម្មពីក្រសួង DHS ។  
ការណ៍នេះយល់ថាការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះមានកំណត់ទៅតាមវិសាលភាពការស្នើសុំការលើកលែងដកសេវាកម្ម ។

\_\_\_\_\_ ហត្ថលេខានៃទំនាក់ទំនងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង (ងារឬឋានៈ)

\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ