

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានCAO

| ការកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណុំរឿង | | | | |
|----------------------------|--------------|-----|------|-------------|
| ខោនធី | លេខកំណត់ត្រា | CAT | CSLD | DIST |
| ឈ្មោះកំណត់ត្រា | | | | កាលបរិច្ឆេទ |

សំណុំបែបបទស្តីពីការដកចេញដោយស្ម័គ្រចិត្ត

ឈ្មោះ ៖ _____

អាសយដ្ឋាន ៖ _____

ទូរស័ព្ទ ៖ _____

ខ្ញុំ _____

ចង់អោយការធានារ៉ាប់រងបិទដំណើរការ

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

សម្រាប់គ្រួសាររបស់ខ្ញុំទាំងអស់ ។

មតិយោបល់ ៖ _____

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យសុំម្តងទៀតនៅពេលណាមួយសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនានា ។

បានចុះហត្ថលេខា ៖ _____ សរសេរជាអក្សរពុម្ព ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____



* ស្តាប់ប្រាក់
 ** ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ MA
 *** ប័ណ្ណជនក្រីក្រទិញអាហារតម្លៃថោកSNAP

ផ្តល់ជូនឯកសារថតចម្លងទៅអតិថិជន/រក្សាទុកឯកសារថតចម្លងនៅក្នុងកំណត់ត្រា ។