

ការយល់ព្រមចំពោះការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍

កំណត់ចំណាំ: ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកនៅពេលណាមួយ ចំពោះការយល់ធ្វើការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ និងមិនបណ្តាលឱ្យមានការដកហូត ឬការបដិសេធមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលផ្តល់ដោយកម្មវិធី ឬគម្រោងដែលទទួលបានមូលនិធិសហព័ន្ធឡើយ។

ការយល់ព្រមចំពោះការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍	
ខ្ញុំបានស្នើសុំ និងទទួលបានព័ត៌មានអំពីការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ពី (វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិក)។ នៅពេលដែលខ្ញុំបានសាកសួរវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិកដំបូងអំពីព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ថា ការសម្រេចចិត្តរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ គឺអាស្រ័យលើរូបខ្លួនទាំងស្រុង។ ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ថា ខ្ញុំអាចសម្រេចចិត្តយល់ធ្វើការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍បាន។ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តយល់ធ្វើការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ ការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានការថែទាំ ឬការព្យាបាលនៅពេលអនាគតឡើយ។ ខ្ញុំនឹងមិនបាត់បង់ជំនួយ ឬអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយពីកម្មវិធីដែលទទួលបានពីមូលនិធិសហព័ន្ធ ដូចជាកម្មវិធីជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារដែលខ្វះខាត (TANF) ឬ កម្មវិធី Medicaid ដែលខ្ញុំកំពុងទទួលបាន ឬដែលខ្ញុំអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបាននោះទេ។ ខ្ញុំយល់ថា ការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍នេះគឺជាលក្ខណៈអចិន្ត្រៃយ៍ និងមិនអាចកែប្រែមកវិញបានឡើយ។ ខ្ញុំបានសម្រេចចិត្តថា ខ្ញុំមិនចង់មានផ្ទៃពោះ មិនចង់បង្កើតកូន ឬផ្តល់កំណើតឱ្យកូនទៀតឡើយ។ ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ពីវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបណ្តោះអាសន្នផ្សេងៗដែលអាចផ្តល់ឱ្យខ្ញុំ ដែលនឹងអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំអាចបង្កើតកូន ឬផ្តល់កំណើតឱ្យកូននៅពេលអនាគតបាន។ ខ្ញុំបានបដិសេធផ្រើសទាំងអស់នេះ ហើយបានជ្រើសរើសយកការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍។	
ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងត្រូវបានធ្វើការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍តាមរយៈការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ (ប្រភេទនៃការរក្សាការពារ)៖	
ចំពោះអាការៈមិនស្រួលខ្លួន ហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការរក្សាការពារកំណើតនេះត្រូវបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំរួចរាល់ហើយ។ គ្រប់សំណួររបស់ខ្ញុំត្រូវបានឆ្លើយតបយ៉ាងពេញចិត្ត។ ខ្ញុំយល់ថា ការរក្សាការពារកំណើតនឹងមិនត្រូវបានអនុវត្តឡើងទេ រហូតទាល់តែមានរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរចិត្តនៅពេលណាមួយក៏បាន ហើយការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំនៅពេលណាមួយពីការយល់ធ្វើការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ និងមិនបណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលផ្តល់ដោយកម្មវិធីដែលទទួលបានមូលនិធិសហព័ន្ធឡើយ។	
ខ្ញុំមានអាយុយ៉ាងតិច 21 ឆ្នាំ និងបានកើតនៅថ្ងៃទី (កាលបរិច្ឆេទ) ។ ក្នុងន័យនេះ ខ្ញុំសូមយល់ព្រមដោយឆន្ទៈផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ដោយ (វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិក) តាមរយៈវិធីសាស្ត្រហៅថា។	
ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំនឹងផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោម។ ខ្ញុំក៏យល់ព្រមចំពោះការបញ្ចេញទម្រង់បែបបទនេះ និងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតអំពីការរក្សាការពារកំណើតនេះដល់៖ តំណាងក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ឬបុគ្គលិកកម្មវិធី ឬគម្រោងដែលទទួលបានមូលនិធិពីក្រសួង ប៉ុន្តែសម្រាប់តែក្នុងគោលបំណងដើម្បីកំណត់ថា កើតច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធត្រូវបានអនុវត្តតាមដែរឬអត់ប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំបានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។	
ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព៖	
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់អ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ (ប្រសិនបើមានអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ត្រូវបានផ្តល់ជូនដើម្បីជួយបុគ្គលដែលត្រូវរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍)	
ខ្ញុំបានបកប្រែព័ត៌មាន និងការណែនាំដែលបានពន្យល់ដោយផ្ទាល់មាត់ដល់បុគ្គលដែលត្រូវរក្សាការពារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ដោយបុគ្គលដែលទទួលបានការយល់ព្រមនេះ។	
ខ្ញុំក៏បានអានទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះជូនដល់បុគ្គលនោះជា (ភាសា) និងបានពន្យល់ខ្លឹមសារនេះជូនដល់បុគ្គលនោះផងដែរ។ តាមរយៈចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ បុគ្គលនោះពិតជាបានយល់ច្បាស់អំពីការពន្យល់នេះ។	
ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព៖	
ហត្ថលេខាអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់បុគ្គលដែលទទួលបានការយល់ព្រម

មុនពេល (ឈ្មោះបុគ្គល) បានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះ ខ្ញុំបានពន្យល់លម្អិតអំពីស្ថានភាពនៃការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ (ប្រភេទនៃការរក្សាការពារ) ពីការពិតថា នេះជាបំណងនៃនីតិវិធីរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺចុងក្រោយ និងមិនអាចកែប្រែប្រកបបានទេ ព្រមទាំងបានរៀបរាប់អំពីអាការៈមិនស្រួលខ្លួន ហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នានាដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការរក្សាការពារនេះផងដែរ។

ខ្ញុំបានផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ដល់បុគ្គលដែលត្រូវរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ ថាមានវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតផ្សេងទៀតដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ដែលជាវិធីសាស្ត្របណ្តោះអាសន្ន។ ខ្ញុំបានពន្យល់ថា ការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ គឺមានភាពខុសគ្នាដោយសារតែការរក្សាការពារនេះជាលក្ខណៈអចិន្ត្រៃយ៍។ ខ្ញុំបានជូនដំណឹងដល់បុគ្គលដែលត្រូវរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ ថាការយល់ព្រមរបស់បុគ្គលនោះអាចប្តូរចិត្តនៅពេលណាមួយក៏បានដែរ ហើយរូបគេនឹងមិនបាត់បង់សេវាសុខភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលផ្តល់ដោយមូលនិធិសហព័ន្ធឡើយ។

តាមចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ បុគ្គលដែលត្រូវរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ មានអាយុយ៉ាងតិច 21 ឆ្នាំ និងមានសមត្ថភាពផ្លូវចិត្តគ្រប់គ្រាន់។ បុគ្គលនោះបានស្នើសុំការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ ដោយដឹងខ្លួនច្បាស់លាស់ និងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយបានយល់អំពីស្ថានភាព និងផលវិបាកនៃដំណើរការរក្សាការពារនេះ។

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលទទួលបានការយល់ព្រម៖	កាលបរិច្ឆេទ៖	មន្ទីរព្យាបាលរោគ៖
---	--------------	-------------------

សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិត

នៅមុនពេលខ្ញុំអនុវត្តការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺលើ (ឈ្មោះបុគ្គល) នៅថ្ងៃខែឆ្នាំនៃការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ៖ ខ្ញុំបានពន្យល់ដល់គាត់/នាង អំពីស្ថានភាពនៃការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ (ប្រភេទនៃការរក្សាការពារ) ពីការពិតថាការរក្សាការពារនេះជាបំណងនៃនីតិវិធីរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺចុងក្រោយ និងមិនអាចកែប្រែប្រកបបានទេ ព្រមទាំងបានប្រាប់ពីអាការៈមិនស្រួលខ្លួន ហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នានាដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការរក្សាការពារនេះផងដែរ។

- ខ្ញុំបានផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ដល់បុគ្គលដែលត្រូវរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ ថាមានវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតផ្សេងទៀតដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ដែលជាវិធីសាស្ត្របណ្តោះអាសន្ន។
- ខ្ញុំបានពន្យល់ថា ការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ គឺមានភាពខុសគ្នា ដោយសារតែការរក្សាការពារនេះជាលក្ខណៈអចិន្ត្រៃយ៍។
- ខ្ញុំបានជូនដំណឹងដល់បុគ្គលដែលត្រូវរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ ថាការយល់ព្រមរបស់បុគ្គលនោះអាចប្តូរចិត្តនៅពេលណាមួយក៏បានដែរ ហើយរូបគាត់/នាង នឹងមិនបាត់បង់សេវាសុខភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលផ្តល់ឱ្យដោយមូលនិធិសហព័ន្ធឡើយ។
- តាមចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ បុគ្គលដែលត្រូវរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ មានអាយុយ៉ាងតិច 21 ឆ្នាំ និងមានសមត្ថភាពផ្លូវចិត្តគ្រប់គ្រាន់។ បុគ្គលនេះបានស្នើសុំការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ ដោយដឹងខ្លួនច្បាស់ និងដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងបានយល់យ៉ាងច្បាស់អំពីស្ថានភាព និងផលវិបាកនៃដំណើរការរក្សាការពារនេះ។

(ការណែនាំសម្រាប់ជម្រើសនៃការប្រើប្រាស់កថាខណ្ឌចុងក្រោយ៖

សូមប្រើប្រាស់កថាខណ្ឌទី 1 ខាងក្រោម លើកលែងតែក្នុងករណីសម្រាលកូនមុនកំណត់ ឬការរក្សាការពារព័ត៌មានស្បែកពោះបន្ទាន់ ដែលការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ ត្រូវបានអនុវត្តក្នុងរយៈពេលតិចជាង 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខារបស់បុគ្គលនៅលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រម។ ចំពោះករណីទាំងនោះ កថាខណ្ឌទី 2 ខាងក្រោមត្រូវតែប្រើប្រាស់។ សូមគូសខ្លួនលើកថាខណ្ឌដែលមិនប្រើប្រាស់។)

(1) រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃបានកន្លងផុតទៅ រវាងថ្ងៃចុះហត្ថលេខារបស់បុគ្គលនៅលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះ និងថ្ងៃនៃការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ ត្រូវបានអនុវត្ត។

(2) ការរក្សាការពារព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺនេះ ត្រូវបានអនុវត្តក្នុងរយៈពេលតិចជាង 30 ថ្ងៃ ប៉ុន្តែលើសពី 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខារបស់បុគ្គលរូបនោះនៅលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះ ដោយសារតែស្ថានភាពដូចខាងក្រោម (សូមគូសប្រអប់ដែលអនុវត្ត និងបំពេញព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ)៖

ការសម្រាលកូនមុនពេលកំណត់ - កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុកនៃការសម្រាលកូនរបស់បុគ្គលរូបនោះ៖	ការរក្សាការពារព័ត៌មានស្បែកពោះបន្ទាន់ - សូមរៀបរាប់ពីស្ថានភាពបន្ទាន់នោះ៖	ហត្ថលេខា៖
		កាលបរិច្ឆេទ៖