

ແຈ້ງການ: ການຕັດສິນໃຈຂອງທ່ານໃນເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ຈະບໍ່ເຮັດໝັ້ນຈະບໍ່ມີຜົນເຮັດໃຫ້ມີການຖອນ ຫຼື ການລະງັບຜົນປະໂຫຍດໃດໆທີ່ສະໜອງໂດຍແຜນງານ ຫຼື ໂຄງການທີ່ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ.

ການຍືນຍອມເຮັດໝັ້ນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຂໍ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຮັດໝັ້ນຈາກ: (Doctor or Clinic): . ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຂໍຂໍ້ມູນຈາກທ່ານໝໍ ຫຼື ຄົວມີກິດທິພາບອື່ນ, ມີການແຈ້ງຂ້າພະເຈົ້າວ່າ ການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະເຮັດໝັ້ນແມ່ນຂຶ້ນກັບຂ້າພະເຈົ້າຜູ້ດຽວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ເຮັດໝັ້ນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ເຮັດໝັ້ນ, ການຕັດສິນໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີຜົນຕໍ່ສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການຮັບການເບິ່ງແຍງ ຫຼື ການປິ່ນປົວໃນອະນາຄົດ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດໃດໆຈາກແຜນງານທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ, ເຊັ່ນ: Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ຫຼື Medicaid ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງໄດ້ຮັບໃນປັດຈຸບັນ ຫຼື ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຕ້ອງມີການຖືວ່າ ການເຮັດໝັ້ນແມ່ນຖາວອນ ແລະ ບໍ່ສາມາດແກ້ໄຂໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕັດສິນໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຢາກຖືພາ, ມີລູກ ຫຼື ເປັນພໍ່ເດັກ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງກ່ຽວກັບວິທີການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຄຸມກຳເນີດ ທີ່ສາມາດສະໜອງໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງຈະເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າມີລູກ ຫຼື ເປັນພໍ່ເດັກໃນອະນາຄົດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປະຕິເສດທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ໄດ້ເລືອກທີ່ຈະເຮັດໝັ້ນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຈະມີການເຮັດໝັ້ນໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າດ້ວຍວິທີການຜ່າຕັດທີ່ເອີ້ນວ່າ (Type of Operation):

ໄດ້ມີການອະທິບາຍກ່ຽວກັບອາການເຈັບ, ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ກ່ຽວພັນກັບການຜ່າຕັດໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ. ທຸກຄຳຖາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນໄດ້ຮັບຄຳຕອບແລ້ວຕາມຄວາມເພິ່ງພໍໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຈະບໍ່ມີການຜ່າຕັດເປັນຢ່າງໜ້ອຍຫຼັງ 30 ວັນພາຍຫຼັງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊັນແບບຟອມສະບັບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນໃຈໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ ແລະ ການຕັດສິນໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ຈະບໍ່ເຮັດໝັ້ນຈະບໍ່ມີຜົນເຮັດໃຫ້ມີການລະງັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດໃດໜຶ່ງທີ່ສະໜອງໂດຍແຜນງານທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ.

ຂ້າພະເຈົ້າມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 21 ປີ ແລະ ໄດ້ເກີດເມື່ອວັນທີ (Date) . ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍອມດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈທີ່ຈະໄດ້ຮັບການເຮັດໝັ້ນໂດຍ (Doctor or Clinic) ດ້ວຍວິທີການທີ່ເອີ້ນວ່າ .

ການຍືນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະໝົດອາຍຸພາຍໃນ 180 ວັນ ນັບແຕ່ມື້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າລົງລາຍເຊັນລຸ່ມນີ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຍືນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍແບບຟອມສະບັບນີ້ ແລະ ບັນທຶກທາງການແພດອື່ນໆກ່ຽວກັບການຜ່າຕັດໃຫ້ແກ່: ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງ Department of Health Care Services ຫຼື ພະນັກງານແຜນງານ ຫຼື ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກພະແນກດັ່ງກ່າວ ແຕ່ເພື່ອຕັດສິນວ່າ ມີການປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ ຫຼື ບໍ່ເທົ່ານັ້ນ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສຳເນົາແບບຟອມສະບັບນີ້ແລ້ວ.

ຊື່ແຈ້ງ:

ລາຍເຊັນ:

ວັນທີ:

ຄຳຖະແຫຼງຂອງລ່າມແປພາສາ (ຖ້າມີການສະໜອງລ່າມແປພາສາເພື່ອຊ່ວຍບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັ້ນ)

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແປຂໍ້ມູນ ແລະ ຄຳແນະນຳຈາກບຸກຄົນທີ່ຈະຮັບເອົາການຍືນຍອມນີ້ ເຊິ່ງໄດ້ນຳສະເໜີຜ່ານທາງວາຈາແກ່ບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັ້ນ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງໄດ້ອ່ານແບບຟອມການຍືນຍອມເປັນພາສາ (Language) ໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວ ແລະ ໄດ້ອະທິບາຍເນື້ອໃນຂອງເອກະສານໃຫ້ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວ. ຕາມການຮັບຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ເຂົ້າໃຈການອະທິບາຍນີ້ແລ້ວ.

ຊື່ແຈ້ງ:

ລາຍເຊັນລ່າມແປພາສາ:

ວັນທີ:

ຄຳຖະແຫຼງຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະຮັບເອົາການຍືນຍອມ		
ກ່ອນທີ່ (Name of Individual) ຈະເຊັນແບບຟອມການຍືນຍອມ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະທິບາຍບຸກຄົນ ດັ່ງກ່າວເຖິງລັກສະນະຂອງການຜ່າຕັດເຮັດໝັນ (Type of Operation) , ຄວາມຈິງກ່ຽວກັບເຈດຕະນາ ທີ່ຈະໃຫ້ມັນເປັນຂະບວນການສູດທ້າຍ ແລະ ທີ່ບໍ່ສາມາດແກ້ໄຂໄດ້ ແລະ ກ່ຽວກັບອາການເຈັບ, ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ ກ່ຽວພັນກັບການດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ.		

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາແກ່ບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນວ່າ ມີວິທີການທີ່ເປັນທາງເລືອກໃນການຄຸມກຳເນີດ ເຊິ່ງເປັນວິທີການຊົ່ວຄາວ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະທິບາຍວ່າ ການເຮັດໝັນແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງ ເນື່ອງຈາກມັນເປັນວິທີການຖາວອນ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແຈ້ງບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນວ່າ ການຍືນຍອມຂອງບຸກຄົນແມ່ນສາມາດຖອນໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ຜູ້ກ່ຽວຈະບໍ່ສູນເສຍການບໍລິການສຸຂະພາບໃດໆ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກທຶນຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຕາມການຮັບຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ບຸກຄົນທີ່ຈະເຮັດໝັນແມ່ນມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 21 ປີ ແລະ ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີສະພາບຈິດທີ່ດີ. ບຸກຄົນໄດ້ຮ້ອງຂໍເຮັດໝັນດ້ວຍຄວາມຕັ້ງໃຈ ແລະ ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີຄວາມເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບລັກສະນະ ແລະ ຜົນທີ່ຈະຕາມມາຂອງຂະບວນການດັ່ງກ່າວ.