

សំណើការស្នើសុំភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ឈ្នួល/ការងារសំរាប់កម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំ
ក្នុងផ្ទះ (IHSS) / ការលើកលែងសេវាការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (WPCS)

ផ្នែកទី I ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវា

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា (ឈ្មោះត្រកូល ឈ្មោះផ្ទាល់ខ្លួន)		
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកផ្តល់សេវា		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្សឺបកូដ
លេខអ្នកផ្តល់សេវា	លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្វីទី (SSN) បួនខ្ទង់ (4) ចុងក្រោយ	
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	លេខទូរស័ព្ទអ្នកផ្តល់សេវា	

ផ្នែកទី II អ្នកដែលស្នើសុំព័ត៌មាន

ឈ្មោះបុគ្គល ទីភ្នាក់ងារ ឬភ្នាក់ងារនៃក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មដែលបានស្នើសុំភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់		
អាសយដ្ឋាន		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្សឺបកូដ
លេខទូរសារ (ប្រសិនបើមាន)	ទូរសារ ទៅអ្នកដែលការយកចិត្តទុកដាក់	
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល		

ផ្នែកទី III ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ (ជ្រើសរើសមួយ ឬទាំងពីរនៅខាងក្រោមនេះ)

- ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការងារ
- ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ខែ

ផ្នែកទី IV ជម្រើសចែកចាយ (ជ្រើសរើសមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម)

- ផ្ញើភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់តាមសំបុត្រទៅ: ខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់ (អ្នកផ្តល់សេវា) ភ្នាក់ងារក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មដែលរាយនៅខាងលើ
- ផ្ញើភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់តាមទូរសារទៅ: ទូរសារនៃភ្នាក់ងារក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មដែលបានរាយនៅខាងលើ
- ផ្ញើភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់តាមអ៊ីមែលទៅ: អ៊ីមែលរបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលរាយនៅខាងលើ
- អ៊ីមែលនៃភ្នាក់ងារក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មដែលរាយនៅខាងលើ

ផ្នែកទី V ការអនុញ្ញាតដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មាន

ដោយអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋប្បវេណីលេខ 6253.2 និងច្បាប់រដ្ឋប្បវេណីលេខ 1798 et seq ខ្ញុំតាមរយៈនេះសូមផ្តល់ការយល់ព្រម និងអនុញ្ញាតអោយការិយាល័យខោនធីផ្នែកកម្មវិធីសេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំបញ្ចេញនូវព័ត៌មានអំពីការងារ/ប្រាក់ខែរបស់ខ្ញុំ ដល់បុគ្គល ទីភ្នាក់ងារ ឬភ្នាក់ងារនៃក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មដែលមានឈ្មោះក្នុងផ្នែកទី II ឬ ខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់។ ខ្ញុំយល់ថាកម្មវិធី IHSS នឹងពឹងផ្អែកលើការអនុញ្ញាតនេះ ដើម្បីផ្តល់ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការងារ និងប្រាក់ខែ ដែលយោងទៅតាមច្បាប់រដ្ឋប្បវេណីលេខ 1798.24 នឹងផុតកំណត់បន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃ។ ខ្ញុំយល់ថាកម្មវិធី IHSS មិនមែនជានិយោជកនៃកំណត់ត្រាសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មវិធី IHSS ឬ WPCS នោះទេ ហើយមិនអាចផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការអនុវត្តការងារ ស្ថានភាពសុខភាព ឬសមតុល្យសំរាប់ការអនុញ្ញាតឱ្យសំរាកសល់ទុកនោះទេ។ ខ្ញុំយល់ ហើយខ្ញុំយល់ព្រមថាការបញ្ចេញឱ្យគេដឹងអំពីព័ត៌មាននេះ នឹងមានប្រវត្តិការងារ/ប្រាក់ខែទាំងមូលរបស់ខ្ញុំ និងលក្ខខណ្ឌនៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះគឺជាកិច្ចសន្យា ហើយត្រូវបានអាន និងយល់យ៉ាងពេញលេញដោយអ្នកចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។ លើសពីនេះ ការយល់ព្រមនេះនឹងត្រូវគ្រប់គ្រងដោយច្បាប់នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា។

ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាតាមរយៈការផ្តល់នូវហត្ថលេខាអេឡិចត្រូនិករបស់ខ្ញុំសម្រាប់សំណៅនេះ ខ្ញុំយល់ស្របថាហត្ថលេខាអេឡិចត្រូនិករបស់ខ្ញុំគឺជាកិច្ចសន្យាស្របច្បាប់ដែលត្រូវប្រតិបត្តិតាមស្មើនឹងហត្ថលេខាដែលសរសេរដោយដៃរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ហត្ថលេខាអេឡិចត្រូនិករបស់ខ្ញុំតំណាងនូវការធ្វើការបញ្ជាក់របស់ខ្ញុំនៅលើសំណៅនេះ ហើយជាចេតនារបស់ខ្ញុំដើម្បីត្រូវបានជាប់សន្យាជាមួយ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ
---------------------------	-------------