



ការយល់ព្រមដោយស្ម័គ្រចិត្ត/ការលើកលែង

អតិថិជន :

លទ្ធភាពទទួលបានចំណុចការបំរើជំនួយ :
Aging Services Access Point (ASAP):

ខ្ញុំយល់ថា ការបំរើរបស់ខ្ញុំ _____ នឹងត្រូវ :
(ប្រភេទនៃការបំរើថែរក្សាតាមផ្ទះ)

☐ បានបន្ថយ/ផ្លាស់ប្តូរពី _____

ទៅជា _____ នៅ _____ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ។

☐ បានបញ្ចប់ នៅ _____ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ។

ខ្ញុំនឹងលែងទទួលបានការបំរើថែរក្សាតាមផ្ទះទៀតហើយ ហើយខ្ញុំនឹងមិនចូលរួមការលើកលែងទៀតដែរ។

ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិតវ៉ាការសំរេចដែលបានធ្វើដោយ ASAP ។ ខ្ញុំយល់ស្របជាមួយការសំរេចដែលបានធ្វើនៅខាងលើ ហើយ ខ្ញុំមិនចង់តវ៉ាការសំរេចនេះឡើយ ។

ហត្ថលេខា :

អតិថិជន : _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ : _____

អ្នកចាត់ចែងសំណុំរឿង : _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ : _____