

សេវាកម្មថែទាំសុខភាពបន្តប្រចាំខោនធី Oakland-Berkeley-Alameda
ការដកហូតការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន

ឈ្មោះអតិថិជន: _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

Medi-Cal CIN (ប្រសិនបើដឹង): _____

ខ្ញុំចង់ដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន:

_____/_____/_____
ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

ប្រសិនបើត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន សូមផ្តល់
ឈ្មោះអ្នកតំណាង ទំនាក់ទំនង និងអំណាចក្នុងការធ្វើដូច្នោះ:

ឈ្មោះ: _____

ទំនាក់ទំនង: _____

អំណាច: _____

(សូមផ្ញើទៅកាន់សមាជិកក្រុមថែទាំរបស់អ្នក)