



សំណើសុំរាប់ការពិនិត្យមើល **ASAP** ឡើងវិញ

ដើម្បីស្នើសុំឲ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញ នូវការសុំធនបស់ លទ្ធភាពទទួលបានចំណុចការបំរើជំនួយ (ASAP), អ្នកត្រូវតែបំពេញ រួចផ្ញើក្រដាសនេះត្រឡប់មកវិញ ក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃនៃប្រក្រតិទិន ចាប់តាំងពីថ្ងៃអ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងពីការសុំធនមក ។

ធ្វើ ឬប្រគល់ក្រដាសបំពេញនេះដោយផ្ទាល់ដៃ ទៅឲ្យ : _____

សូមបំពេញផ្នែកទាំងអស់តាមភាពត្រឹមត្រូវ :

1. ឈ្មោះ : _____ លេខទូរស័ព្ទ : _____

អាសយដ្ឋាន : _____

ទីក្រុង/ក្រុង : _____

2. ខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយការសុំធនដែលបានធ្វើដោយ លទ្ធភាពទទួលបានចំណុចការបំរើជំនួយ [Aging Services Access Point (ASAP)] ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរការបំរើរបស់ខ្ញុំទេ ។ ខ្ញុំសូមស្នើសុំឲ្យរក្សាទុកការសុំធននេះ ។

ហត្ថលេខា : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____

3. ខ្ញុំចង់ (គូសមួយ) :

☐ ឲ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញតាមទូរស័ព្ទ _____ (លេខទូរស័ព្ទ) ។

☐ ឲ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយផ្ទាល់មុខ ។

4. ខ្ញុំចង់ឲ្យមនុស្សនៅខាងក្រោមធ្វើជាតំណាងខ្ញុំ :

ឈ្មោះ : _____

លេខទូរស័ព្ទ : _____ ទំនាក់ទំនង : _____

អាសយដ្ឋាន : _____ ទីក្រុង/ក្រុង : _____

អ្នកនឹងទទួលបានសំបុត្រជំរាបពីពេលវេលា ថ្ងៃខែឆ្នាំ និងទីកន្លែងនៃការប្រជុំពិនិត្យមើលឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរ (7) ថ្ងៃនៃប្រក្រតិទិន ចាប់តាំងពីថ្ងៃបានទទួលក្រដាសបំពេញរបស់ ASAP នេះមក ។ ការប្រជុំពិនិត្យមើលឡើងវិញនឹងបានធ្វើក្នុងរយៈពេល ម្ភៃ-មួយ (21) ថ្ងៃនៃប្រក្រតិទិន ចាប់តាំងពីថ្ងៃបានទទួលក្រដាសបំពេញរបស់ ASAP នេះមក ។

បើអ្នកមានសំណួរអ្វី សូមទាក់ទងអ្នកចាត់ចែងសំណុំរឿងរបស់អ្នក តាមទូរស័ព្ទលេខ : _____ ។