



ទម្រង់បែបបទស្នើសុំទំនាក់ទំនងសម្ងាត់

បំពេញទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីទទួល ទំនាក់ទំនងទាំងអស់ដែលលាតត្រដាងពីតំបន់
វេជ្ជសាស្ត្រ ឬឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបង្កាន់ដៃ នៃសេវាកម្ម
វេជ្ជសាស្ត្រ នៅអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀត ឬតាមរយៈមធ្យោបាយផ្សេងទៀត។

បុគ្គលដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលស្នើសុំទំនាក់ទំនងសម្ងាត់:

ឈ្មោះ: _____

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

អាសយដ្ឋាន: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខកូដតំបន់: _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ប្រសិនបើមាន): _____

លេខទូរសព្ទ: _____

សូមផ្ញើទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគតទាំងអស់ទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលផ្តល់ជូនខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្សេងទៀត: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខកូដតំបន់: _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើមាន): _____

លេខទូរសព្ទ: _____

វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតនៃទំនាក់ទំនង (ប្រសិនបើមាន): _____

តើអ្នកចង់ទទួលបានការទាក់ទងដោយរបៀបណា ប្រសិនបើយើងមានសំណួរអំពីសំណើនេះ?

ខ្ញុំបានយល់ហើយថាសំណើនេះនឹងនៅតែមានប្រសិទ្ធភាពរហូតទាល់តែខ្ញុំដកសំណើ
ឬដាក់បញ្ជូនសំណើថ្មី។

ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

សូមបញ្ជូនត្រលប់នូវសំណើដែលបានចុះហត្ថលេខា នឹងបានបំពេញរួចទៅកាន់:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001.