



< បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទសំបុត្រ >

< បញ្ចូលឈ្មោះសមាជិក >

< បញ្ចូលអាសយដ្ឋាន 1 របស់សមាជិក >

< បញ្ចូលអាសយដ្ឋាន 2 របស់សមាជិក >

< បញ្ចូលទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដតំបន់របស់សមាជិក >

ជូនចំពោះ:

<បញ្ចូលឈ្មោះសមាជិក>ជាទីរាប់អាន

< កន្លែងទំនេរបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់បន្ថែមសម្រាប់ផែនការ/អ្នកផ្តល់សេវា

ដូចជាបារកូដ លេខយោងឯកសារ ឧបករណ៍កំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកទទួលបាន លេខករណី

ឬចំណងជើងឯកសារ >

ឧបករណ៍កំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកទទួលបាន លេខករណី

ឬចំណងជើងឯកសារ >

ឬចំណងជើងឯកសារ >

ឬចំណងជើងឯកសារ >

សូមអរគុណចំពោះការពិភាក្សាជាមួយខ្ញុំស្តីពី < បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ CMR

>អំពីសុខភាព និងការប្រើឱសថរបស់អ្នក។

ដើម្បីជាកិច្ចបន្តក្រោយការសន្ទនារបស់យើង ខ្ញុំបានបញ្ជូលឯកសារចំនួនពីរ៖

1. បញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើដែលបានណែនាំរបស់អ្នកមានជំហានដែលអ្នកគួរអនុវត្តដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលល្អបំផុតពីឱសថរបស់អ្នក។
2. បញ្ជីឱសថរបស់អ្នកនឹងជួយអ្នកក្នុងការតាមដានឱសថរបស់អ្នកនិងរបៀបប្រើឱសថ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ពិភាក្សាអំពីឯកសារទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅ < បញ្ចូលឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា / ផ្នែក MTM >តាមរយៈ < បញ្ចូលព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា/ផែនការ MTM លេខទូរសព្ទថ្ងៃ/ពេលវេលា TTY ជាដើម។ >□

ខ្ញុំទន្ទឹងរង់ចាំធ្វើការជាមួយអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាពល្អសម្រាប់អ្នក។

ដោយក្តីគោរពរាប់អាន

< បញ្ចូលឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា MTM >

<បញ្ចូលមុខតំណែងអ្នកផ្តល់សេវា MTM > < បញ្ចូលផែនការផ្នែក

D/ឈ្មោះឱសថស្ថាន/ឈ្មោះអង្គភាព >



យោងទៅតាមច្បាប់ Paperwork Reduction Act of 1995 (ច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយការងារឯកសារឆ្នាំ 1995)
 គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានគម្រើឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យនៃ OMB (ការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងថវិកា)
 ត្រឹមត្រូវ។ លេខ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1154
 ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីបំពេញការប្រមូលព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណជាមធ្យមមានរយៈពេល 40 នាទីក្នុងមួយការឆ្លើយតប
 រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ការស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ និងបំពេញ
 ព្រមទាំងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ណាមួយទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ប្រមាណពេលវេលា
 ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់នេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard,
 Baltimore, Maryland 21244-1850

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

Y0118_23_597A_KH_C 08292023
 H2819_23_597A_KH_C 08292023

បញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើដែលបានណែនាំសម្រាប់ <បញ្ចូលឈ្មោះសមាជិក> ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ < បញ្ចូលថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសមាជិក >

បញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើដែលបានណែនាំ

បានរៀបរៀងនៅ៖ < បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ CMR >

អ្នកអាចទទួលបានលទ្ធផលល្អបំផុតពីឱសថរបស់អ្នកដោយបំពេញចំណុចនៅលើ "បញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើ" នេះ



□ □ បញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើរបស់អ្នកមកជាមួយ នៅពេលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ និងចែករំលែកបញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើនោះជាមួយគ្រួសារ ឬអ្នកថែទាំរបស់អ្នក។

បញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើរបស់ខ្ញុំ

<p>អ្វីដែលយើងបានពិភាក្សាអំពី៖</p> <p>< បញ្ចូលសេចក្តីសង្ខេបនៃកិច្ចពិភាក្សាសម្រាប់ប្រធានបទទី 1 ></p>	<p>អ្វីដែលខ្ញុំគួរធ្វើ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> □ < បញ្ចូលចំណុចសកម្មភាពសម្រាប់ប្រធានបទទី 1 > □ < បញ្ចូលចំណុចសកម្មភាពសម្រាប់ប្រធានបទទី 1 >
<p>អ្វីដែលយើងបានពិភាក្សាអំពី៖</p> <p>< បញ្ចូលសេចក្តីសង្ខេបនៃកិច្ចពិភាក្សាសម្រាប់ប្រធានបទទី 2 ></p>	<p>អ្វីដែលខ្ញុំគួរធ្វើ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> □ < បញ្ចូលចំណុចសកម្មភាពសម្រាប់ប្រធានបទទី 2 > □ < បញ្ចូលចំណុចសកម្មភាពសម្រាប់ប្រធានបទទី 2 >
<p>អ្វីដែលយើងបានពិភាក្សាអំពី៖</p> <p>< បញ្ចូលសេចក្តីសង្ខេបនៃកិច្ចពិភាក្សាសម្រាប់ប្រធានបទទី 3 ></p>	<p>អ្វីដែលខ្ញុំគួរធ្វើ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> □ < បញ្ចូលចំណុចសកម្មភាពសម្រាប់ប្រធានបទទី 3 > □ < បញ្ចូលចំណុចសកម្មភាពសម្រាប់ប្រធានបទទី 3 >

បញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើដែលបានណែនាំសម្រាប់ < បញ្ចូលឈ្មោះសមាជិក > ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ < បញ្ចូលថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសមាជិក >

អ្វីដែលយើងបានពិភាក្សាអំពី៖
< បញ្ចូលសេចក្តីសង្ខេបនៃកិច្ចពិភាក្សាសម្រាប់ប្រធានបទទី 4 >

- អ្វីដែលខ្ញុំគួរធ្វើ៖**
- < បញ្ចូលចំណុចសកម្មភាពសម្រាប់ប្រធានបទទី 4 >
 - < បញ្ចូលចំណុចសកម្មភាពសម្រាប់ប្រធានបទទី 4 >

ព័ត៌មានស្តីពីការបោះចោលដោយសុវត្ថិភាពនូវឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមិនបានប្រើសម្រាប់
<បញ្ចូលសមាជិកឈ្មោះ> ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖
<បញ្ចូលថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសមាជិក>

វិធីបោះចោលដោយសុវត្ថិភាពនូវឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមិន បានប្រើ

បានរៀបរៀងនៅ៖ < បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ CMR >

បញ្ជីឱសថ

បានរៀបរៀងនៅ: < បញ្ជីកាលបរិច្ឆេទ CMR >



យកបញ្ជីឱសថរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។ និងចែករំលែកបញ្ជីឱសថនោះជាមួយគ្រួសារ ឬអ្នកថែទាំរបស់អ្នក។



កត់សម្គាល់រាល់ការប្រែប្រួលចំពោះរបៀបដែលអ្នកប្រើឱសថរបស់អ្នក។ ឆ្លុះខ្វែងលើឱសថនៅពេលអ្នកលែងប្រើវា។

□□□	របៀបដែលខ្ញុំប្រើឱសថនេះ	មូលហេតុដែលខ្ញុំប្រើឱសថនេះ	អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា
< បញ្ជីឈ្មោះទូទៅ និងឈ្មោះយីហោ កម្លាំង និងទម្រង់ដូសសម្រាប់ឱសថបច្ចុប្បន្ន/សកម្ម >	< បញ្ជីលេខ□□□អាហារ (□. លេខ 1 គ្រាប់រាល់ថ្ងៃ) ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ពាក់ព័ន្ធ និងការណែនាំបន្ថែមតាមការសម្រប >	< បញ្ជីការចង្អុលបង្ហាញ ឬការប្រើប្រាស់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រតាមការចង់បាន >	< បញ្ជីឈ្មោះអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា >



បន្ថែមឱសថថ្មី ឱសថមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា ឱសថរុក្ខជាតិ វិតាមីន
ឬសារធាតុរ៉ែនៅក្នុងជួរទទេខាងក្រោម។

□□□	របៀបដែលខ្ញុំប្រើឱសថនេះ	មូលហេតុដែលខ្ញុំប្រើ ឱសថនេះ	អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា

! អាឡឺស៊ី:

< បញ្ចូលព័ត៌មានអំពីអាឡឺស៊ី >

! ផលរំខានដែលខ្ញុំមាន៖

< បញ្ចូលព័ត៌មានអំពីផលរំខាន >

! ព័ត៌មានផ្សេងទៀត៖

< មិនគម្រូវ >



កំណត់សម្គាល់ និងសំណួររបស់ខ្ញុំ៖