



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION

ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຂອງລູກຄ້າ

ມາຍັງ:

ບັນທຶກຂອງພວກເຮົາຊື່ບອກວ່າທ່ານໄດ້ຖືກຊື່ຕົວວ່າເປັນ:

ຜູ້ປົກຄອງຂອງບຸກຄົນ

ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມທີ່ໃຊ້ການໄດ້ຮະຍະຍາວ (DPOA) ສຳລັບການຕັດສິນໃຈໃນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ

ຂ້າພະເຈົ້າຂຽນໜັງສືມາຫາເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາໃບໂກປີຂອງຄຳສັ່ງແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ປົກຄອງແລະໜັງສືຜູ້ປົກຄອງປັດຈຸບັນ ຫລື ເອກສານ DPOA ຊຶ່ງຈະພິສູດ
ບົດບາດຂອງທ່ານ. ຜະແນກ DDA ແມ່ນຕ້ອງມີເພື່ອຈະພິສູດສະພາບຂອງການເປັນຜູ້ປົກຄອງ ຫລື DPOA ກ່ອນທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ຄົນໃດຄົນນຶ່ງນອກ
ຈາກລູກຄ້າເອງທີ່ຈະຍິນຍອມຕໍ່ການປິ່ນປົວ. ມັນສຳຄັນທີ່ພວກເຮົາຈະຕ້ອງມີເອກສານອັນນີ້ສຳລັບ _____
ຊື່ຂອງລູກຄ້າ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຕິດຕໍ່ມາຫາໄດ້ທີ່ _____
ເລກໂທຣະສັບ (ລວມເອົາຣະຫັດເຂດ)

ກະຮຸນາສົ່ງຄຳສັ່ງແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ປົກຄອງແລະໜັງສືຜູ້ປົກຄອງປັດຈຸບັນ ຫລື ເອກສານ DPOA ຊຶ່ງໄປຫາຫ້ອງການຂອງ DDA ທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຂອບໃຈ.

_____ ຊື່ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງຜູ້ຈັດການຊ່ວຍເຫລືອເອກສານ

cc: ບັນທຶກຂອງລູກຄ້າ

ຄຳແນະນຳ

ເມື່ອເວລາໃດທີ່ຂ້ອຍຈະສົ່ງໃບຟອມໃບນີ້ໄປຫາຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ?

ທ່ານຈະສົ່ງໃບຟອມໃບນີ້ໄປເມື່ອເວລາບຸກຄົນນັ້ນໄດ້ຖືກຊີ້ຕົວວ່າເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍສຳລັບລູກຄ້າຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານບໍ່ມີໃບໂກປີຂອງຄຳສັ່ງ ແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ປົກຄອງແລະໜັງສືຜູ້ປົກຄອງ ຫລື DPOA ສຳລັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຢູ່ໃນສຳນວນຂອງລູກຄ້າຂອງທ່ານ.