

ការផ្តល់សិទ្ធិ
Authorization

ការផ្តល់សិទ្ធិដើម្បីបង្ហាញកំណត់ត្រា DSHS នៃ ៖			
ឈ្មោះ ត្រកូល	ឈ្មោះ	ឈ្មោះកណ្តាល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
ព័ត៌មានខាងក្រោមអាចជួយក្នុងការកំណត់ទីតាំងកំណត់ត្រា ៖		ឈ្មោះពីមុន	
លេខសម្គាល់អតិថិជន	លេខសម្គាល់ផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម	ទីតាំងសេវាកម្ម
បង្ហាញដល់ ៖			
ឈ្មោះ ត្រកូល	ឈ្មោះ	ឈ្មោះកណ្តាល	ឈ្មោះ
ឈ្មោះអង្គការ ឬមុខងារ បើមាន			
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
លេខទូរស័ព្ទ (បញ្ចូលទាំងលេខកូដតំបន់)	លេខទូរសារ (បញ្ចូលទាំងលេខកូដតំបន់)	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	
មូលហេតុសម្រាប់ការបង្ហាញ (មិនតម្រូវឲ្យមាន)			

ការផ្តល់សិទ្ធិ ៖

ប្រភេទ ៖ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឲ្យកម្មវិធី DSHS ខាងក្រោមដើម្បីបង្ហាញ ឬផ្តល់ការចូលដល់ព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីខ្ញុំដូចបានពណ៌នាខាងក្រោម ។ ព័ត៌មានអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយផ្ទាល់មាត់ ឬដោយការផ្ទេរទិន្នន័យកុំព្យូទ័រ សំបុត្រ ទូរសារ ឬការប្រគល់ផ្ទាល់ដៃ ។

កម្មវិធីខាងក្រោមតែប៉ុណ្ណោះ (គូសរាល់ប្រអប់ដែលអនុញ្ញាត) ៖

<input type="checkbox"/> រដ្ឋបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា (BHA) <input type="checkbox"/> ជំនួយកុមារ (DCS) <input type="checkbox"/> ការវិវត្តពិការភាព (DDA) <input type="checkbox"/> ការស្តារទំនាក់ទំនងវិជ្ជាជីវៈ (DVR) <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលការពារប្តេជ្ញាពិសេស (SCC) <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____	<input type="checkbox"/> សេវាកម្មសហគមន៍ (CSD – ជំនួយសាធារណៈ) <input type="checkbox"/> សេវាកម្មទេសភូមិ និងសហគមន៍ (HCS) <input type="checkbox"/> សេវាកម្មថែទាំកន្លែងស្នាក់នៅ (RCS) <input type="checkbox"/> វិទ្យាស្ថានសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់រដ្ឋ (ESH, WSH, CSTC) <input type="checkbox"/> ផ្នែកធនធានមនុស្ស និងបញ្ជីប្រាក់ខែ
--	---

រាល់ផ្នែកទាំងអស់នៃក្រសួងសេវាកម្មសង្គម និងសុខាភិបាល (DSHS)

កំណត់ត្រា ៖ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឲ្យកំណត់ត្រា DSHS ខាងក្រោមដើម្បីត្រូវបានបង្ហាញ ៖

<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាអតិថិជនដែលរក្សាទុកដោយផ្នែកនៃ DSHS ដែលបានគូសខាងលើ <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាសម្ងាត់ផ្សេងទៀតដែលរក្សាទុកដោយផ្នែកនៃ DSHS ដែលបានគូសខាងលើ <input type="checkbox"/> ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនក្នុងកំណត់ត្រាដែលទាក់ទងនឹងការងារ	<input type="checkbox"/> រាល់កំណត់ត្រាអតិថិជនរបស់ខ្ញុំទាំងអស់ <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាក្នុងបញ្ជីដែលបានភ្ជាប់មក <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាដូចទៅតែប៉ុណ្ណោះ ៖ _____
---	--

ខ្ញុំចង់កម្រិតកំណត់ត្រាដែលត្រូវបានបង្ហាញដូចតទៅ (ដោយកាលបរិច្ឆេទ ប្រភេទនៃកំណត់ត្រា ជាដើម ។) ៖

ខ្ញុំមិនកំពុងស្នើសុំឱ្យបង្ហាញកំណត់ត្រានៅពេលនេះទេ។ សូមដាក់ការផ្តល់ការអនុញ្ញាតក្នុងឯកសារអតិថិជនរបស់ខ្ញុំ។

សូមចំណាំ ៖ បើកំណត់ត្រាអតិថិជន ឬកំណត់ត្រាសម្ងាត់ផ្សេងទៀតរបស់អ្នក មានព័ត៌មានដូចខាងក្រោម អ្នកត្រូវតែបំពេញផ្នែកខាងក្រោមដើម្បីអនុញ្ញាតការបង្ហាញនៃកំណត់ត្រាទាំងនេះ ។

កំណត់ត្រាពិសេស ៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានខាងក្រោមដែលរក្សាទុកក្នុងកំណត់ត្រា DSHS (គូសរាល់ប្រអប់ដែលអនុញ្ញាត) ៖

<input type="checkbox"/> លទ្ធផលតេស្ត HIV/AIDS និង STD កំណត់ត្រាអាត់វិទ្យុ ឬការព្យាបាល (RCW 70.02.220) <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 70.02.230 or 240) <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាបញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុខុសច្បាប់ (42 CFR ផ្នែក 2)	
---	--

- ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរយៈពេល 180 ថ្ងៃ ឬ រហូត _____ (កាលបរិច្ឆេទ ឬព្រឹត្តិការណ៍ បើមិនបានគូស និងត្រូវជា 180 ថ្ងៃ) ។
- ខ្ញុំអាចលុបចោល ឬកែចេញការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំផ្ទាល់ដោយលក្ខណ៍អក្សរត្រង់ពេល ប៉ុន្តែមិនមែនចំពោះដល់ព័ត៌មានដែលបានផលិតរួចហើយទេ ។
- ខ្ញុំដឹងថាកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំអាចលែងបានការការពារក្រោមច្បាប់ដែលអនុវត្តលើ DSHS ក្រោយពីវាត្រូវបានផលិត ។
- ច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទនេះមានសុពលភាពដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដើម្បីបង្ហាញកំណត់ត្រា ។ DSHS អាចគិតប្រាក់ដើម្បីផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់ខ្លួន ។

បានផ្តល់សិទ្ធិដោយ (ហត្ថលេខា)	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា	លេខទូរស័ព្ទ (លេខកូដតំបន់)
ឈ្មោះអក្សរពុម្ព	សាក្សី/សារភរិ (ចុះហត្ថលេខា និងឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព បើមាន)	

បើខ្ញុំមិនមែនជាជនដែលជាម្ចាស់កំណត់ត្រា ខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដើម្បីចុះហត្ថលេខា ពីព្រោះខ្ញុំគិតថា ៖ (ភ្ជាប់កម្រិតនៃសមត្ថកិច្ច)

ខ្ញុំពិត ឬម្ចាស់នៃអតិថិជន អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន ផ្សេងៗ ៖ _____

សេចក្តីប្រកាសដល់អ្នកទទួលបានព័ត៌មាន ៖ បើកំណត់ត្រាទាំងនេះមានព័ត៌មានអំពី HIV, STDs, ឬការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំ អ្នកមិនអាចបង្ហាញព័ត៌មាននេះក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋដោយគ្មាន ការអនុញ្ញាតដាក់លាក់កម្មវត្ថុ និងការបំពេញតម្រូវការច្បាប់ដាក់លាក់ ។

ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញបែបបទការផ្តល់សិទ្ធិ

គោលបំណង ៖ អ្នកត្រូវតែប្រើបែបបទនេះពេលដែលអ្នកចង់ឲ្យ DSHS អាចបង្ហាញពីតិរិយាសម្ងាត់អំពីអ្នកដល់អ្នកផ្សេងទៀត (ដែលមានន័យថា មេធាវី សមាជិកសភា ឬសាច់ញាតិ) ។ អ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីបង្ហាញ កំណត់ត្រាសម្ងាត់ទាំងអស់ដែល DSHS មានអំពីអ្នក ឬអ្នកអាចកម្រិតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដល់កំណត់ត្រា ឬផ្នែកដាក់លាក់នៃទិន្នន័យ។ បែបបទនេះក៏នឹងអនុញ្ញាតឲ្យ DSHS ពិភាក្សាដោយផ្ទាល់មាត់ពីស្ថានភាព របស់អ្នកជាមួយជនដែលអ្នកផ្តល់សិទ្ធិឲ្យ ។

សេចក្តីប្រកាសដល់អតិថិជន ៖ ព័ត៌មានអតិថិជនភាគច្រើនដែល DSHS មាន គឺសម្ងាត់ និងមិនត្រូវបានបង្ហាញដល់អ្នកដទៃ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាត ឬបើការបង្ហាញត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។ ក្រោយពី DSHS បង្ហាញពីតិរិយាសម្ងាត់របស់អ្នក សូមចងចាំថាអ្នកទទួលបានមិនអាចការពារកំណត់ត្រារបស់អ្នកក្រោមច្បាប់ដែលអនុវត្តលើ DSHS ទេ ។ DSHS មិនអាចបដិសេធដលប្រយោជន៍របស់អ្នក បើអ្នកមិនចុះ ហត្ថលេខាលើបែបបទនេះដើម្បីអនុញ្ញាតការបង្ហាញដល់ DSHS លុះត្រាតែការផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន ។ សម្រាប់ព័ត៌មានពីរបៀបនៃផ្នែកថែទាំសុខភាព DSHS ដែលបានធានា ដោយ HIPAA ចែករំលែកពីតិរិយាសុខភាពដែលបានការពារ និងសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នក សូមប្រឹក្សាជាមួយសេចក្តីប្រកាសអនុវត្តន៍ភាពឯកជន DSHS នៅ www.dshs.wa.gov ឬស្នើសុំពីអ្នកដែលបានឲ្យបែប បទនេះដល់អ្នក ។ អ្នកអាចទទួលបានចម្លងនៃបែបបទនេះ ។

ការប្រើ ៖ អ្នកអាចបំពេញបែបបទនេះដោយអេឡិចត្រូនិច ឬដោយដៃ ។ ប្រើ tab key លើកុំព្យូទ័រដើម្បីផ្លាស់ទីរវាងផ្នែកនីមួយៗ ។ បែបបទដាច់ដោយឡែកត្រូវតែត្រូវបានបំពេញសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលកំណត់ត្រា ត្រូវបានស្នើសុំ ដែលរួមទាំងកុមារផងដែរ ។ “អ្នក” សំដៅលើកម្មវត្ថុនៃកំណត់ត្រា ។

ផ្នែកនៃបែបបទ ៖

អត្តសញ្ញាណនៃកម្មវត្ថុនៃកំណត់ត្រា ៖

- ឈ្មោះ ៖ ផ្តល់ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក ឬឈ្មោះនៃជនដែលកំណត់ត្រាត្រូវបានស្នើសុំ បើអ្នកធ្វើសកម្មភាពជំនួសឲ្យនរណាផ្សេង ។
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ៖ សូមបញ្ជាក់ពីតិរិយានេះដែលចាំបាច់ដើម្បីស្គាល់អ្នកពីជនដែលមានឈ្មោះស្រដៀងគ្នា ។

ព័ត៌មានអាចប្រាប់បានមិនប្រាប់បាន ដើម្បីជួយកំណត់ទីតាំងកំណត់ត្រា ៖

- ឈ្មោះភិក្ខុ ៖ បញ្ចូលឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលគ្មានប្រើពេលដែលទទួលបានផលប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្ម ។
- លេខសម្គាល់អតិថិជន ៖ ផ្តល់លេខណាមួយដែល DSHS អាចបានកំណត់ ។
- លេខសម្គាល់ផ្សេងទៀត ៖ រួមមានលេខសម្គាល់ផ្សេងទៀតដែលអាចជួយកំណត់ទីតាំងកំណត់ត្រា DSHS ។ ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម បើចាំបាច់តែប៉ុណ្ណោះ ។
- កាលបរិច្ឆេទ និងទីតាំងសេវាកម្ម ៖ ផ្តល់ព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយ DSHS ស្គាល់ និងកំណត់ទីតាំងកំណត់ត្រាដែលអ្នកចង់បង្ហាញ ។

ជនដែលទទួលបានកំណត់ត្រា ៖

- អត្តសញ្ញាណ ៖ សូមបំពេញផ្នែកនេះឲ្យបានពេញលេញតាមតែអាចធ្វើបាន ដែលយើងអាចទាក់ទងបុគ្គល ឬអង្គការដែលនឹងចូលរួមដល់ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អ្នក ។
- មូលហេតុសម្រាប់ការបង្ហាញ ៖ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានតម្រូវឲ្យមាន មុននឹង DSHS អាចចែករំលែកកំណត់ត្រាច្បាប់ និងគ្រឿងស្រវឹង ឬសុខភាពផ្លូវចិត្ត ។ បើអ្នកមិនបំពេញក្នុងផ្នែកនេះទេ DSHS នឹងកត់ចំណាំមូលហេតុសម្រាប់ការបង្ហាញតាមសំណើរបស់អ្នក ។

ការផ្តល់សិទ្ធិ ៖

- ផ្នែកនៃ DSHS ៖ សូមគូសផ្នែកនៃ DSHS ដែលអ្នកចង់បង្ហាញកំណត់ត្រា ឬគូសប្រអប់ខាងក្រោមក្នុងផ្នែកនេះ បើអ្នកចង់ផ្តល់ការចូលរួមដល់កំណត់ត្រានានាដែល DSHS មានអំពីអ្នក ។ សរសេរក្នុងឈ្មោះនៃកម្មវិធី ក្នុង “ផ្សេងៗ” បើមិនមានក្នុងបញ្ជី ។
- ព័ត៌មានដែលបានបង្ហាញ ៖ បញ្ជាក់ពីកំណត់ត្រាអ្វីដែលអ្នកចង់បង្ហាញ ។ អ្នកអាចអនុញ្ញាតការបង្ហាញកំណត់ត្រាអតិថិជន DSHS ឬកំណត់ត្រាសម្ងាត់ផ្សេងទៀតរបស់អ្នកទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះ ។ អ្នកក៏អាចកម្រិតការបង្ហាញដល់កំណត់ត្រាអតិថិជនដែលរក្សាទុកតែដោយផ្នែកនៃទិន្នន័យដែលបានត្រួតពិនិត្យផ្នែកខាងលើ ឬដល់កំណត់ត្រាដាក់លាក់ដែលមានក្នុងបែបបទនេះ ឬក្នុងការភ្ជាប់មកដែលអ្នកចុះហត្ថលេខា ។ បើមានការកម្រិតនានាលើកំណត់ត្រាអ្វីដែលអ្នកចង់បង្ហាញ រាយកំណត់ត្រាដាក់លាក់ ឬព័ត៌មានការកម្រិត ដូចជាដោយកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម ឬប្រភេទនៃកំណត់ត្រា ។
- កំណត់ត្រាដែលបានដាក់កម្រិត ៖ បើកំណត់ត្រាណាមួយអាចបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្ត ឬការព្យាបាល HIV/AIDS ឬ STD ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬសេវាកម្ម បញ្ជាក់ការប្រើប្រាស់សារធាតុខុសច្បាប់ អ្នកត្រូវតែគូសចំណុចនីមួយៗដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យ DSHS បង្ហាញកំណត់ត្រាទាំងនេះ ។ ប្រើទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាត ការព្យាបាលផ្លូវចិត្ត DSHS 17-270, ដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យបង្ហាញកំណត់ត្រាសម្ងាត់នៃការព្យាបាលផ្លូវចិត្ត (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)) ។
- សុពលភាព ៖ បែបបទនេះមានសុពលភាពផ្តល់ការចូលរួមដល់ព័ត៌មានដែលកំពុងរក្សាទុកដោយ DSHS ។ ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកអតិថិជន 180 ថ្ងៃក្រោយពីចុះហត្ថលេខា ឬនាពេលបរិច្ឆេទ ឬព្រឹត្តិការណ៍ណាមួយ ដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យ ។ បើអ្នកមិនផ្តល់កាលបរិច្ឆេទទេ ការផ្តល់សិទ្ធិនឹងមានសុពលភាពរយៈពេល 180 ថ្ងៃ ។ អ្នកអាចលុបចោលអំណាចបញ្ចេញកំណត់ត្រាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរគ្រប់ពេល ប៉ុន្តែវានឹងយឺតពេលក្នុងការ យកព័ត៌មានដែលបានផលិតហើយត្រឡប់មកវិញ ។
- ការចំណាយ ៖ ច្បាប់កំណត់ត្រាសាធារណៈក្នុង RCW 42.56.120 និង WAC 388-01-080 អនុញ្ញាតឲ្យ DSHS គិតប្រាក់លើច្បាប់ចម្លងកំណត់ត្រាប្រកបដោយថ្លៃថ្លើ ។ មន្ទីរពេទ្យ និងកន្លែងថែទាំសុខភាពរដ្ឋអាច គិតប្រាក់លើកំណត់ត្រាអ្នកជម្ងឺក្រោមជំពូក 70.02 RCW ។

ហត្ថលេខា ៖

- បើអ្នកផ្តល់សិទ្ធិនៃកំណត់ត្រា ចុះហត្ថលេខា ហើយក៏សរសេរ ឬវាយឈ្មោះរបស់អ្នកខាងក្រោម ។ បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានចុះហត្ថលេខារួមទាំងលេខទូរស័ព្ទ ឬលេខទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក ។
- បើអ្នកចុះហត្ថលេខាជំនួសជនម្នាក់ទៀត បញ្ជាក់ពីមូលហេតុដែលអ្នកអាចធ្វើដូច្នោះបាននៅដូចជាក្រោយ និងភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃដីកាតុលាការ ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលផ្តល់អំណាចស្របច្បាប់ដល់អ្នក ។ កុមារក៏ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតបង្ហាញកំណត់ត្រាសម្ងាត់របស់ពួកគេផ្ទាល់ បើពួកគេមានអាយុលើសពីអាយុកំណត់ (13 ឆ្នាំសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងគ្រឿងស្រវឹង; 14 ឆ្នាំសម្រាប់ព័ត៌មានអំពី HIV/AIDS ឬ STDs ផ្សេងទៀត; អាចប្តូរច្បាប់ចម្លងនៃការពន្យាកំណើត និងវិលត្រឡប់; 18 ឆ្នាំសម្រាប់កំណត់ត្រាសុខភាព ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀត) ។
- សាក្សី ឬសារភាវី ៖ សាក្សី ឬសារភាវីអាចត្រូវការបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក បើអ្នកមិនបញ្ជូនបែបបទនេះដោយផ្ទាល់ ឬបើកម្មវិធីស្នើសុំការបញ្ជាក់ ។ ជននេះត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះរបស់គាត់។

សេចក្តីប្រកាសដល់ DSHS ៖ បើកំណត់ត្រាទាំងនេះមានព័ត៌មានអំពី HIV ឬ STD DSHS ត្រូវតែជូនដំណឹងដល់អ្នកទទួលបានព័ត៌មានគឺសម្ងាត់ ហើយពួកគេមិនអាចបង្ហាញកំណត់ត្រាបន្តដោយគ្មានការផ្តល់សិទ្ធិដាក់លាក់ដូចបានតម្រូវដោយ RCW 70.02.300 ។ បើ DSHS ធ្វើច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រាដែលទាក់ទងនឹងសេវាកម្មបញ្ជាក់ការប្រើប្រាស់សារធាតុខុសច្បាប់ក្រោមការផ្តល់សិទ្ធិនេះ DSHS ត្រូវតែបញ្ជូលការថ្លែងខាងក្រោម ពេលដែលបង្ហាញព័ត៌មាន ដូចបានតម្រូវដោយ 42 CFR 2.32 ៖

ព័ត៌មាននេះត្រូវបានបង្ហាញដល់អ្នកកំណត់ត្រាដែលបានការពារដោយវិទ្យាសាស្ត្រសម្ងាត់សហព័ន្ធ (42 CFR ផ្នែក 2) ។ វិន័យសហព័ន្ធហាមឃាត់អ្នកពីការធ្វើការបង្ហាញព័ត៌មាននេះបន្ត លុះត្រាតែការបង្ហាញបន្ត ត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់ដោយការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៃជនដែលទាក់ទង ឬបើមិនដូច្នោះទេបានអនុញ្ញាតដោយ 42 CFR ផ្នែក 2 ។ ការផ្តល់សិទ្ធិទេសសម្រាប់បញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតមិនត្រូវបានសម្រាប់គោលបំណងនេះទេ ។ វិន័យសហព័ន្ធដាក់កម្រិតការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដើម្បីស៊ើបអង្កេតបទឧក្រិដ្ឋ ឬចោទប្រកាន់អ្នកជម្ងឺច្រើនគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំ ។