

ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានអតិថិជន

ព័ត៌មានរបស់មេគ្រួសារ

នាមខ្លួន	៖		នាមត្រកូល	៖						
អាសយដ្ឋាន	៖									
ទីក្រុង	៖		ហ្សឺប៖	៖						
ទំហំគ្រួសារ	=	មនុស្សចាស់ ដែលមានអាយុចាប់ពី 60 ឆ្នាំឡើងទៅ	៖		+ មនុស្សពេញវ័យ (18-59 ឆ្នាំ)	៖		+ អតិថិជន ដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ	៖	

ខ្លីចង់ និងលក្ខខណ្ឌ

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យធនាគារស្បៀងក្នុងតំបន់របស់ទីក្រុងឡូសអាន់ជីលេស (Los Angeles Regional Food Bank, LARFB) បង្ហាញព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ដែលអាចនឹងមានដូចជា ឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត យេនឌ័រ ជាតិពន្ធុ អាសយដ្ឋាន ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានគ្រួសារ តាមការស្នើសុំនៅលើ "ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានអតិថិជន" មួយនេះ ក៏ដូចជាប្រតិបត្តិការសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ ទៅលើមូលដ្ឋានទិន្នន័យរបស់ OasisInsight ដែលមានមូលដ្ឋាននៅលើភ្លេង។ ខ្ញុំដឹងថា តាមរយៈការបង្ហាញនេះ ព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានចែកចាយទៅទីភ្នាក់ងារដៃគូ ឬក៏នឹងដាក់ស្បៀងអាហារផ្សេងទៀត ប៉ុន្តែគឺសម្រាប់គោលបំណងវាយតម្លៃទិន្នន័យស្ថិតិយ៉ាងប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីធ្វើការកែលម្អទៅលើកម្មវិធីសប្បុរសធម៌។ ខ្ញុំដឹងបន្ថែមទៀតថា ខ្ញុំអាចដកហូតការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាក៏បាន ដោយទាក់ទងទៅសមាជិករបស់ក្រុមទំនាក់ទំនងរបស់ទីភ្នាក់ងារ (Agency Relations Team) នៅ LARFB ហើយច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសុពលភាពដូចច្បាប់ដើមដែរ។

ហត្ថលេខា	៖		កាលបរិច្ឆេទ	៖	
----------	---	--	-------------	---	--

មិនត្រូវឱ្យបំពេញផ្នែកនានានាខាងក្រោមដើម្បីទទួលបានអាហារនោះទេ។ ទោះបីយ៉ាងណា យើងស្នើសុំឱ្យអ្នកពិចារណាលើការផ្តល់ជូនព័ត៌មាន។ ព័ត៌មាននេះនឹងជួយយើងគាំពារធនធានអាហារបន្ថែមនៅក្នុងខោនធីឡូសអាន់ជីលេស។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

លេខទូរសព្ទ	៖		អ៊ីមែល	៖	
------------	---	--	--------	---	--

លក្ខណៈប្រជាសាស្ត្ររបស់មេគ្រួសារ

ខែ/ឆ្នាំកំណើត៖		ភេទ៖	☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ បដិសេធមិននិយាយ
			☐ មិនមានភេទជាក់លាក់/យេនឌ័រមិនច្បាស់លាស់
ជាតិពន្ធុ៖	☐ ជនជាតិស្បែកស ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ☐ ជនជាតិអស្បៀញ ជនជាតិឡាទីន ☐ ជនជាតិអាស៊ី		☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកនៅតំបន់កោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ☐ ជនជាតិខាងមជ្ឈិមបូព៌ា ☐ ផ្សេងទៀត៖

ព័ត៌មានស្រេចចិត្ត

សូមបំពេញ ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនេះ៖

ស្ថានភាពយោធា៖	☐ សកម្ម ☐ អតីតយុទ្ធជន ☐ បដិសេធមិននិយាយ
ស្ថានភាពលំនៅឋាន៖	☐ ផ្ទាល់/ជាម្ចាស់ផ្ទាល់ ☐ គ្មានផ្ទះសម្បែង ☐ ផ្សេងទៀត៖
បុគ្គលដែលមានពិការភាព៖	☐ ចាស់/បាន ☐ ទេ ☐ បដិសេធមិននិយាយ
ជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាល៖ (ប្រើសរសេរឈ្មោះដែលអនុវត្ត)	☐ CalFresh ☐ Medi-Cal ☐ CalWorks/ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារទីលក្រ ☐ ជំនួយសង្គ្រោះទូទៅ ☐ ផ្នែកទី 8 ☐ កម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមពិសេសសម្រាប់ស្ត្រី ទារក និងកុមារ ☐ ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម ☐ ផ្សេងទៀត៖

ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានអតិថិជន

សមាជិកគ្រួសារ

មនុស្សពេញវ័យ

នាមខ្លួន និងអក្សរដំបូងនៃនាមត្រកូល៖

ឆ្នាំកំណើត៖

ជាតិពន្លឺ៖

ភេទ៖

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ បដិសេធ

☐ មិនមានភេទជាក់លាក់/យេនឌ័រមិនច្បាស់លាស់

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ បដិសេធ

☐ មិនមានភេទជាក់លាក់/យេនឌ័រមិនច្បាស់លាស់

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ បដិសេធ

☐ មិនមានភេទជាក់លាក់/យេនឌ័រមិនច្បាស់លាស់

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ បដិសេធ

☐ មិនមានភេទជាក់លាក់/យេនឌ័រមិនច្បាស់លាស់

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ បដិសេធ

☐ មិនមានភេទជាក់លាក់/យេនឌ័រមិនច្បាស់លាស់

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ បដិសេធ

☐ មិនមានភេទជាក់លាក់/យេនឌ័រមិនច្បាស់លាស់

អតិថិជន

នាមខ្លួន និងអក្សរដំបូងនៃនាមត្រកូល៖

ឆ្នាំកំណើត៖

ជាតិពន្លឺ៖

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖

☐ ដូចខាងលើ

☐ ផ្សេងទៀត៖