MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES

မစ္ဆူရီကန်းမာရေးင့် အဆင့်မင့်ဝန်ဆော်မဌန

PO BOX 570 JEFFERSON CITY, MO 65102-0570
TELEPHONE: 570 -751-6400 FAX: 573-751-6010

PRIVACY POLICIES ACKNOWLEDGMENT FORM

ကိုယ်ရေးလုံခံမ မူဝဒအသိပေးပုံစံ

1.ဖောက်သည်အမည်(ပထမ/ အလယ်/နောက္ဆုံး) **2.**ဖေက်သည်မေးသကရစ် (လ/ရက် /စ်)	**3.**ဖေက်သည္ကုံခံရေးနံပတ်	**4.** ဖေက်သည် **DCN** (ရရိပက)
ကိုယ်ရေးလုံခံမ မူဝဒ ၏ မစ္ဆူရီ ကန်းမာရေးင့်အဆင့်မင့် ဝန်ဆော်မဌန အသိပေးခက္ကိုလက္ခံရရိပီး ၎င်းအသိပေးခက်အခိပဆ်ခ်ကွားကို လည်းရျိသ်ည် ကိုသိရိပီး ဖစ်ကောင်းနားလည်အသိအမတ်ပ ပသည်။		
ဖေက်သည်/မိဘ/အုပ္ထိန်းသူ/ကန်းမာရေးတာဝန္ဓဲအပ်သူ ၏ ပထမအမည်/အလယ်/နောက္ဆုံး		
ဖေက်သည်/မိဘ/အုပ္ထိန်းသူ/ကန်းမာရေးတာဝန္ဓဲအပ်သူ ၏ လက္ခတ်	ရက္ခဲ	
မတ္တူ။ ဤပုံစံတင် ကန်းမာရေးစောင့်ရောက္ခအတက် အုပ္ထိန်းသူ/ကန်းမာရေးတာဝန္ဓဲအပ်သူ တိုလက္ခတ်ရေးထိုးပက ၎င်းတိုအား ခန်အပ္ဓဲအပ်ကောင်း အေထာက်အထား မိတ ပူးတဲရန်		
အောက္ခ တစ်ဦးဦး သည် ဖေက်သည်င့် အထက္ထင် လက္ခတ်ရေးထိုး ထားသူတို အကားဆက်သယ္ပ ကို ဖေပရန် စစ်ဆေးပ။ [] ဖေက်သည် [] ဖေက်သည် မိဘ [] ဖေက်သည် အုပ္ထိန်းသူ [] ဖေက်သည် **DPOA- HC** [] ပုံစံတ်လက္ခတ်ရေးထိုးရန်ငင်းဆိုသော ဖေက်သည်		
(ရုံးသုံးအတက်သာ)		
ဗရိုစီမံကိန်းအမည်		
လိပ္စာ	မိနယ်	ပညူယ် ဇစ်
ဝန္ဆမ်းလက္ခတ်		
အမည်		

MO 580-2833 (7-07)

**The red text is the translation of "Please check one of the following to indicate the relationship of the client and the person whose signature appears on the line above" and the rest of the page.

www.dhss.mo.gov

AN EQUAL OPPORTUNITY/AFFIRMATIVE ACTION EMPLOYER: Service provided on a nondiscriminatory basis