|  |
| --- |
|  |

***မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စ ကလေးငယ် အစီအစဉ် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမှုနှင့် ထုတ်ဖော်မှုအပေါ် ကန့်သတ်ချက်များအတွက် တောင်းဆိုချက်***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| အချက်အလက် ဖော်ပြခြင်း | | | | | | | | | | | | | | |
| ကလေးအမည်- |  | | | မွေးသက္ကရာဇ်- | |  | | | ကလေး၏ SSN (ဆန္ဒအလျောက်ထည့်နိုင်သည်)- | | | | |  |
|  | | | | | | *MM/DD/YYYY* | | | | | | | | |
| မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်း လိပ်စာ - | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |
| လမ်း | | | | | တိုက်ခန်း# | | မြို့တော် | | | ပြည်နယ် | |  | စာပို့ကုဒ် | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ အိမ်ဖုန်း # | |  | | | | | | အလုပ်ဖုန်း # | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| တောင်းဆိုချက် | | | | | | | | | | | | | | |
| **သတ်မှတ်ထားသော အသုံးပြုမှုများနှင့် ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ခြင်းအပေါ် ကန့်သတ်ချက်များတောင်းဆိုနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် ဤအေဂျင်စီ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူမှ ဖန်တီးထားသော သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းထားသည့် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်ပိုင် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခြင်းအား ကန့်သတ်ရန် ဤစာဖြင့် တောင်းဆိုပါသည်-** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် |  | ရက်စွဲ |
|  |  |  |
| တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ တော်စပ်ပုံ/ လုပ်ပိုင်ခွင့် |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| ***This Section for Agency Use Only*** | | | | | |
| Request APPROVED | | | | | |
| Agency Requirements | Notification to staff of restrictions | | | | |
|  | Notification to other agencies, as needed | | | | |
|  |  | | | | |
| Request DENIED |  | | | | |
| Reason for Denial: | May prevent or delay effective treatment. | | | | |
|  | Disclosure required by law | | | | |
|  | Other | | | | |
|  | |  |  |  |  | |
| By Staff | |  | Title |  | Date | |
|  | | | | | | |