



ទម្រង់បែបបទស្នើសុំការលុបចោលទំនាក់ទំនងសម្ងាត់

**សូមបំពេញទម្រង់នេះដើម្បីដកការបន្តការផ្តល់ទំនាក់ទំនងសម្ងាត់តាមរយៈអាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ លេខទូរសព្ទ ឬអាសយដ្ឋានអ៊ីមែលផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់កាលពីលើកមុន។**

បុគ្គលដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលស្នើសុំដកការបន្តទំនាក់ទំនងសម្ងាត់:

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានផ្សេងទៀតបច្ចុប្បន្នលើឯកសារ: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលផ្សេងទៀតបច្ចុប្បន្នលើឯកសារ (ប្រសិនបើមាន): \_\_\_\_\_

លេខទូរសព្ទ: \_\_\_\_\_

សូមផ្ញើទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគតទាំងអស់ទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលផ្តល់ជូនខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ប្រសិនបើមាន): \_\_\_\_\_

លេខទូរសព្ទ: \_\_\_\_\_

តើអ្នកចង់ទទួលបានការទាក់ទងដោយរបៀបណា ប្រសិនបើយើងមានសំណួរអំពីសំណើនេះ?

\_\_\_\_\_

ខ្ញុំបានយល់ហើយថានេះគឺជាសំណើដកការបន្តទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ដោយមិនធ្វើការផ្ញើទៅអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

សូមបញ្ជូនត្រលប់នូវសំណើដែលបានចុះហត្ថលេខា និងបានបំពេញរួចទៅកាន់:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001.