

ແຈ້ງການເຖິງລູກຄ້າ: ການລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມນີ້, ສະແດງວ່າທ່ານກຳລັງອະນຸຍາດໃຫ້ DCYF ແລະ ໜ່ວຍງານ ແລະ ບຸກຄົນຕ່າງໆທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ນໍາໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບກ່ຽວກັບທ່ານ. DCYF ບໍ່ສາມາດປະຕິເສດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໄດ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ລົງລາຍເຊັນໃສ່ແບບຟອມນີ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ກໍລະນີຈໍາເປັນຕ້ອງມີການຍິນຍອມຂອງທ່ານເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຊັນແບບຟອມນີ້, DCYF ອາດຈະຍັງແບ່ງປັນຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານຕາມຂອບເຂດທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບວິທີການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງລູກຄ້າ ຫຼືສິດທິຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ຂອງ DCYF, ກະລຸນາອ່ານແຈ້ງການວ່າດ້ວຍແນວທາງປະຕິບັດກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ຂອງ DCYF ຫຼື ຖາມບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ແບບຟອມນີ້ແກ່ທ່ານ.

ພາກທີ 1: ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນຂອງລູກຄ້າ

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍເລກບັດປະຈຳຕົວ	ເບີໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ ຂໍ້ມູນອື່ນໆ:	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ

ພາກທີ 2: ການຍິນຍອມ

ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ແກ່ການນໍາໃຊ້ ແລະ ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບກ່ຽວກັບຕົນເອງພາຍໃນ DCYF ແລະ ກັບຜູ້ທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເພື່ອປະສານງານການບໍລິການ, ການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກກົດໝາຍ. ຂໍ້ມູນອາດຈະຖືກແບ່ງທາງປາກເປົ່າ ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ກະລຸນາໝາຍໃສ່ທຸກຂໍ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ວ່າມີໃຜແດທໍລວມເຂົ້າຢູ່ໃນການຍິນຍອມນັ້ນອກເໜືອໄປຈາກ DCYF ແລະ ໃຫ້ລະບຸຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງເຂົາເຈົ້າ:

<input type="checkbox"/>	ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ:
<input type="checkbox"/>	ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຈິດ:
<input type="checkbox"/>	ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດ:
<input type="checkbox"/>	ຊົນເຜົ່າ:
<input type="checkbox"/>	ເຂດການສຶກສາ ຫຼື ວິທະຍາໄລ:
<input type="checkbox"/>	Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ) ຫຼື ອົງການຂອງລັດຖະບານກາງອື່ນໆ:
<input type="checkbox"/>	ເບິ່ງລາຍການທີ່ຕັດຕິດມານໍາ
<input type="checkbox"/>	ອື່ນໆ (ລວມທັງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີສັນຍາກັບ DCYF ຫຼື ໜ່ວຍງານຂອງລັດອື່ນໆ):

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອະນຸຍາດ ແລະ ຍິນຍອມໃຫ້ແບ່ງປັນບັນທຶກ ແລະ ຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ (ໝາຍໝົດທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ຂໍ້ມູນລູກຄ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າທັງໝົດ | <input type="checkbox"/> ຂໍ້ມູນການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ | <input type="checkbox"/> ບັນທຶກການຈ່າຍເງິນ |
| <input type="checkbox"/> ບັນທຶກໃນລາຍການທີ່ຕິດຕັດມານໍາ | <input type="checkbox"/> ແຜນການປິ່ນປົວ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງດູແລ | <input type="checkbox"/> ປະຫວັດຄອບຄົວ, ສັງຄົມ ແລະ ການເຮັດວຽກ |
| <input type="checkbox"/> ສະເພາະພຽງແຕ່ບັນທຶກຕໍ່ໄປນີ້ເທົ່ານັ້ນ | <input type="checkbox"/> ຊັບສິນສ່ວນຕົວ | <input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນ, ການສຶກສາ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມ |
| | | <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____ |

ຖ້າຂໍ້ມູນລູກຄ້າຂອງທ່ານປະກອບມີຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້, ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນພາກນີ້ ເພື່ອເພີ່ມຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ເຂົ້າອີກດ້ວຍ.

ສຸຂະພາບຈິດ ຜົນການກວດ, ການປິ່ນປົວ ຫຼື ການປິ່ນປົວເຊື້ອພະຍາດທີ່ເກີດຈາກເລືອດ ການບໍລິການ Substance Use Disorder (ຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດ, SUD)

ພາກທີ 3: ການລົງລາຍເຊັນ

ການຍິນຍອມນີ້ ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ເປັນເວລາ ໜຶ່ງປີ ຕາບໃດທີ່ DCYF ຍັງຄົງຕ້ອງການບັນທຶກໄວ້ ຫຼື ຈົນເຖິງ _____ (ວັນທີ ຫຼື ເຫດການ).

- ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະສາມາດຍົກເລີກ ຫຼື ຖອນການຍິນຍອມນີ້ໄດ້ທຸກເວລາເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ແຕ່ການຖອນນັ້ນຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ແບ່ງປັນໄປເປັນທີ່ຮຽບຮ້ອຍແລ້ວ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ຖືກແບ່ງປັນພາຍໃຕ້ການຍິນຍອມນີ້ ອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງພາຍໃຕ້ກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ DCYF ອີກຕໍ່ໄປແລ້ວ.
- ສໍາເນົາຂອງແບບຟອມນີ້ແມ່ນມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ເພື່ອໃຫ້ການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຕ່າງໆ.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງໜ່ວຍງານ/ພະຍານ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າອື່ນໆ (ຖ້າມີ)	ວັນທີ	ເບີໂທລະສັບຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າອື່ນໆ (ຖ້າມີ)	

ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງຂໍ້ມູນ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ລົງລາຍເຊັນຍ້ອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນ (ຄັດຕິດໃບຢັ້ງຢືນມອບສິດ):

ພໍ່ແມ່ ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ (ຄັດຕິດຄໍາສັ່ງຂອງສານ) ຜູ້ຕາງໜ້າສ່ວນຕົວ ອື່ນໆ _____

ແຈ້ງການເຖິງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນ: ຖ້າຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເຊື້ອພະຍາດໃນກະແສເລືອດ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນັ້ນຕໍ່ໄປໄດ້ອີກ ໂດຍບໍ່ມີການອະນຸຍາດສະເພາະຂອງລູກຄ້າ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ເຫຼົ້າໄປໃນທາງທີ່ຜິດຈາກລູກຄ້າ, ທ່ານຕ້ອງເພີ່ມຄໍາຖະແຫຼງຕໍ່ໄປນີ້ເຂົ້າໄປ ເມື່ອເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນ 42 CFR 2.32: "ຂໍ້ມູນນີ້ໄດ້ຖືກເປີດເຜີຍໃຫ້ແກ່ທ່ານມາຈາກຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງໂດຍກົດລະບຽບວ່າດ້ວຍການຮັກສາຄວາມລັບຂອງລັດຖະບານກາງ (42 CFR, ພາກ 2). ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ທ່ານເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ຕື່ມອີກ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າການເປີດເຜີຍເພີ່ມຕື່ມນັ້ນຈະໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຢ່າງຈະແຈ້ງໂດຍການຍິນຍອມເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຫຼື ຕາມທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກ 42 CFR ພາກ 2. ການອະນຸຍາດທົ່ວໄປສໍາລັບການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດ ຫຼື ຂໍ້ມູນອື່ນໆບໍ່ພຽງພໍສໍາລັບຈຸດປະສົງນີ້. ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ ຈຳກັດການນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງເພື່ອການສືບສວນທາງອາຍາ ຫຼື ດຳເນີນຄະດີຕໍ່ຜູ້ປ່ວຍທີ່ນໍາໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດໄປໃນທາງທີ່ຜິດ."

ຄໍາແນະນໍາສໍາລັບການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມການຍິນຍອມ

ຈຸດປະສົງ: ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ໃນເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງການການຍິນຍອມໃຫ້ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ກ່ຽວກັບລູກຄ້າພາຍໃນ DCYF ຫຼື ເພື່ອເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນັ້ນແກ່ໜ່ວຍງານອື່ນໆ ເພື່ອປະສານງານການບໍລິການ ຫຼື ສໍາລັບການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ ຫຼື ການດຳເນີນງານຂອງໜ່ວຍງານ ຫຼື ເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆທີ່ຖືກຮັບຮູ້ໂດຍກົດໝາຍ. ລູກຄ້າແມ່ນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການບໍລິການຕ່າງໆຈາກ DCYF.

ການນໍາໃຊ້: ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້ທາງເອເລັກໂຕນິກ ເພື່ອໃຫ້ອ່ານງ່າຍ, ແຕ່ລະຄົນຕ້ອງໄດ້ຕື່ມແບບຟອມແຍກຂອງໃຜລາວຕ່າງຫາກ, ລວມທັງເດັກນ້ອຍ. "ທ່ານ" ໃນຄໍາແນະນໍາ ໝາຍເຖິງ ພະນັກງານຂອງ DCYF ແລະ "ທ່ານ" ໃນແບບຟອມ ໝາຍເຖິງ ລູກຄ້າ. ການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຕ່າງໆ ລວມທັງການນໍາໃຊ້ ແລະ ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບກ່ຽວກັບລູກຄ້າ.

ພາກສ່ວນຕ່າງໆຂອງແບບຟອມ:

ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນ:

- **ຊື່:** ລະບຸຊື່ລູກຄ້າພຽງຄົນດຽວໃນແບບຟອມແຕ່ລະສະບັບ. ເພີ່ມຊື່ເກົ່າທີ່ລູກຄ້າອາດຈະເຄີຍໃຊ້ໃນເວລາຮັບການບໍລິການ.
- **ວັນເດືອນປີເກີດ:** ຕ້ອງການເພື່ອລະບຸລູກຄ້າຈາກບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຄ້າຍຄືກັນ.
- **ໝາຍເລກບັດປະຈຳຕົວ:** ໃຫ້ໝາຍເລກບັດປະຈຳຕົວລູກຄ້າ ຫຼື ຕົວລະບຸອື່ນ ເຊັ່ນ: social security number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) (ບໍ່ບັງຄັບ) ເພື່ອຊ່ວຍໃນການລະບຸຂໍ້ມູນ ແລະ ການຕິດຕາມປະຫວັດ ແລະ ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບ.
- **ທີ່ຢູ່ ແລະ ໂທລະສັບ:** ຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມທີ່ຈະຊ່ວຍໃນການຄົ້ນຫາ ແລະ ການລະບຸ ຫຼື ການຕິດຕໍ່ລູກຄ້າ.
- **ອື່ນໆ:** ເພີ່ມຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມໃດໜຶ່ງທີ່ອາດຈະຊ່ວຍຊອກຫາບັນທຶກທີ່ອາດຈະລວມມີພາກສ່ວນຕ່າງໆຂອງ DCYF ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການ, ລາຍຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆ.

ການຍິນຍອມ (ການອະນຸຍາດ):

- **ໜ່ວຍງານ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ແລກປ່ຽນບັນທຶກ:** ການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້ຂອງລູກຄ້າ ຈະເປັນການອະນຸຍາດໃຫ້ນໍາໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບພາຍໃນທົ່ວທັງໝົດ DCYF. DCYF ຈະສາມາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບໃຫ້ແກ່ ແລະ ຮັບຈາກບັນດາໜ່ວຍງານ ຫຼື ບຸກຄົນພາຍນອກທີ່ໄດ້ລະບຸລາຍຊື່ໄວ້. ໃຫ້ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນກ່ຽວກັບບັນດາໜ່ວຍງານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຕ່າງໆ, ລວມທັງຊື່, ທີ່ຢູ່ ຫຼື ສະຖານທີ່ ຖ້າເປັນໄປໄດ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານກໍຍັງສາມາດຄັດຕິດລາຍຊື່ໜ່ວຍງານຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ລູກຄ້າຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນໃສ່ອີກດ້ວຍ.
- **ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງມີ:** ບັນດາລູກຄ້າຕ້ອງລະບຸວ່າຂໍ້ມູນໃດໄດ້ຮັບການຖືກຄອງໂດຍການຍິນຍອມນີ້. ບັນດາລູກຄ້າສາມາດຈະອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທັງໝົດ ຫຼື ອາດຈະຈຳກັດຂໍ້ມູນທີ່ລວມເຂົ້າຕາມວັນທີ, ປະເພດ ຫຼື ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງຂໍ້ມູນ. ຖ້າລູກຄ້າບໍ່ເຊັນແບບຟອມການຍິນຍອມ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ລະບຸຂໍ້ມູນສະເພາະເຈາະຈົງ, ການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນກໍຈະຍັງຄົງຈະໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຖ້າໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດໂດຍກົດໝາຍ. ທ່ານສາມາດຈະຄັດຕິດບັນຊີລາຍຊື່ຂໍ້ມູນທີ່ກວມເຖິງ ທີ່ລູກຄ້າຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນ. ຖ້າຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງລວມມີຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບຈິດ (RCW 71.34.500, 71.34.510 & 71.34.530), ການກວດ ຫຼື ການປິ່ນປົວພະຍາດ HIV/AIDS ຫຼື STD (RCW 70.02.220) ຫຼື ການບໍລິການປິ່ນປົວຢາເສບຕິດ ແລະ ເຫຼົ້າ (42 CFR 2.31(a)(5)), ລູກຄ້າຕ້ອງໝາຍພື້ນທີ່ເຫຼົ່ານີ້ໂດຍສະເພາະ ເພື່ອໃຫ້ການອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ໄດ້. ແບບຟອມນີ້ບໍ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ເພື່ອລວມເອົາບັນທຶກການບໍາບັດທາງຈິດ ພາຍໃຕ້ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ແລະ ຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມແຍກຕ່າງຫາກ ເພື່ອເພີ່ມບັນທຶກເຫຼົ່ານັ້ນເຂົ້າໃສ່.

- ໄລຍະເວລາ: ລວມມີວັນໜົດອາຍຸສໍາລັບການຍິນຍອມ ທີ່ຮັບໃຊ້ຈຸດປະສົງຂອງໂຄງການຂອງທ່ານ ຫຼື ຕາມທີ່ກົດໝາຍກຳນົດໄວ້.
- ຄວາມເຂົ້າໃຈ: ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ ລູກຄ້າມີຄວາມເຂົ້າໃຈວ່າ ການອະນຸຍາດທີ່ໃຫ້ໄປນັ້ນແມ່ນມີຫຍັງແດ ແລະ ຂໍ້ມູນຈະຖືກແບ່ງປັນຄືແນວໃດ ແລະ ຍ້ອນຫຍັງ. ຖ້າຈໍາເປັນ, ໃຫ້ໃຊ້ແບບຟອມທີ່ຜ່ານການແປພາສາ ແລະ ນາຍແປພາສາ ຫຼື ອ່ານແບບຟອມໃຫ້ດັ່ງໆ. ຖ້າລູກຄ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມ, ໃຫ້ສໍາເນົາເພີ່ມເຕີມຂອງແຈ້ງການວ່າດ້ວຍແນວທາງປະຕິບັດກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ DCYF ຫຼື ນໍາສົ່ງລູກຄ້າໄປຫາເຈົ້າໜ້າທີ່ຄຸ້ມຄອງການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສາທາລະນະສໍາລັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ

ການລົງລາຍເຊັນ:

- ລູກຄ້າ: ໃຫ້ລູກຄ້າ ຫຼື ເດັກທີ່ມີອາຍຸເກີນອາຍຸທີ່ສາມາດໃຫ້ການຍິນຍອມໄດ້ (13 ປີ ສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ຢາເສບຕິດ ແລະ ເຫຼົ້າ; 14 ປີ ສໍາລັບພະຍາດ HIV/AIDS ແລະ STDs ອື່ນໆ; ອາຍຸໃດກໍໄດ້ສໍາລັບການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການລູລູກ; 18 ປີ ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ບັນທຶກອື່ນໆ) ລົງລາຍເຊັນໃສ່ປ່ອງນີ້ ແລະ ໃສ່ວັນທີລົງລາຍເຊັນໃສ່. ລູກຄ້າອາດຈະໃສ່ເຄື່ອງໝາຍແທນໃສ່ໃນປ່ອງນີ້ໄດ້ໂດຍຍຊ້ອງໜ້າທ່ານ.
- ຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງໜ່ວຍງານ ຫຼື ພະຍານ: ທ່ານຈະລົງລາຍເຊັນໃສ່ໃນກ່ອງນີ້ ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ນໍາສະເໜີ ແລະ ອະທິບາຍແບບຟອມນີ້ໃຫ້ແກ່ລູກຄ້າ. ກະລຸນາເພີ່ມເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານໃສ່ນໍາ. ຖ້າລູກຄ້າຈະເຊັນແບບຟອມຢູ່ຫ່າງໄກຈາກສະຖານທີ່ທຸລະກິດ, ແນະນໍາໃຫ້ລູກຄ້າໃຫ້ພະຍານເຊັນຮັບຮູ້ໃສ່ໃນປ່ອງນີ້ ແລະ ລະບຸເບີໂທລະສັບໄວ້ດ້ວຍ. ເຈົ້າໜ້າທີ່ທະບຽນສານ ອາດຈະສາມາດເຮັດໜ້າທີ່ເປັນພະຍານໃຫ້ແກ່ການລົງລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າໄດ້.

ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າອື່ນໆ: ຖ້າລູກຄ້າເປັນເດັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າເກນອາຍຸທີ່ສາມາດໃຫ້ການຍິນຍອມໄດ້, ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນໃສ່.

ຖ້າເດັກບໍ່ຄົບຕາມເກນອາຍຸທີ່ສາມາດໃຫ້ການຍິນຍອມໄດ້ ແກ່ບັນທຶກທັງໝົດທີ່ຈະແບ່ງປັນ, ທັງເດັກ ແລະ ພໍ່ແມ່ຈະຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນໃສ່.

ຖ້າລູກຄ້າໄດ້ຖືກປະກາດວ່າບໍ່ມີຄວາມສາມາດທາງດ້ານການປະພຶດຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຈາກສານຈະຕ້ອງລົງລາຍເຊັນ ແລະ ໃຫ້ສໍາເນົາຄໍາສັ່ງແຕ່ງຕັ້ງດັ່ງກ່າວ.

ຖ້າບຸກຄົນໃດໜຶ່ງກໍາລັງລົງນາມແທນທີ່ຄວາມສາມາດຂອງຄົນອື່ນ (ລວມທັງບຸກຄົນທີ່ມີໃບມອບສິດ ຫຼື ຕົວແທນຊື່ຂາຍອະສັງຫາລິມະສັບ), ໃຫ້ໝາຍໃສ່ "ອື່ນໆ" ແລະ

ໄດ້ຮັບສໍາເນົາຂອງຜູ້ມີອໍານາດໃຫ້ດໍາເນີນການຕາມກົດໝາຍ. ບຸກຄົນທີ່ລົງລາຍເຊັນຈະຕ້ອງໃສ່ວັນທີລົງລາຍເຊັນ ແລະ ໃຫ້ເບີໂທລະສັບ ຫຼື ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ໄວ້ດ້ວຍ.