

### ແບບຟອມຂໍ້ປຸງແປງຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນ

#### ຂໍ້ມູນການອຸທອນ

ໝາຍເລກຕິດຕາມລະບົບ DDS :

ໝາຍເລກກໍລະນີ OAH (ຖ້າມີ) :

ຊື່ຂອງຜູ້ອຸທອນແມ່ນ (ຜູ້ຮ້ອງຂໍ) :

ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ຖ້າຈຳເປັນຕ້ອງມີວິດີໂອ) :

ສູນພາກພື້ນ :

ຂະບວນການອຸທອນມີສາມພາກ. ເລືອກພາກທີ່ທ່ານຕ້ອງການ **ເພີ່ມ ເຂົ້າໄປໃນພາກການອຸທອນລຸ່ມນີ້**.  
ຖ້າທ່ານໄດ້ໃຊ້ພາກໜຶ່ງຂອງຂັ້ນຕອນແລ້ວ ທ່ານອາດບໍ່ຈຳເປັນຮ້ອງຂໍພາກນັ້ນອີກ. **ໝາຍເຫດ:** ຖ້າທ່ານເລືອກວິດີໂອຂ້າງລຸ່ມນີ້  
ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ທີ່ຢູ່ອີເມວ.

<input type="checkbox"/> <b>ກອງປະຊຸມ ແບບບໍ່ເປັນທາງການ</b>	ທ່ານພົບກັບຜູ້ອຳນວຍການສູນພາກພື້ນ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ເຂົາເຈົ້າເລືອກ. ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນຈະພະຍາຍາມແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານ. <b>ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການກອງປະຊຸມແບບບໍ່ເປັນທາງການໃຫ້ເປັນ:</b> <input type="checkbox"/> ແບບເຊິ່ງໜ້າ; <input type="checkbox"/> ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື <input type="checkbox"/> ທາງໂທລະສັບ
<input type="checkbox"/> <b>ການໄກ່ເກ່ຍ</b>	ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນໄດ້ພົບກັບຜູ້ໄກ່ເກ່ຍ. ຜູ້ໄກ່ເກ່ຍເປັນບຸກຄົນກາງ. ຜູ້ໄກ່ເກ່ຍຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນສ້າງຂໍ້ຕົກລົງກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. <b>ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄກ່ເກ່ຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ:</b> <input type="checkbox"/> ແບບເຊິ່ງໜ້າ; <input type="checkbox"/> ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື <input type="checkbox"/> ທາງໂທລະສັບ
<input type="checkbox"/> <b>ການໄຕ່ສວນ</b>	ການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະດຳເນີນກັບພະນັກງານໄຕ່ສວນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຮັບຟັງຂໍ້ມູນຈາກທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຊ່ວຍທ່ານເອົາຂໍ້ເທັດຈິງຂອງທ່ານອອກມາ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນເຮັດໃຫ້ການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳ ແລະ ບໍ່ເປັນທາງການ. ຫຼັງຈາກນັ້ນພະນັກງານໄຕ່ສວນຄະດີຈະຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. <b>ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄຕ່ສວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ:</b> <input type="checkbox"/> ແບບເຊິ່ງໜ້າ; <input type="checkbox"/> ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື <input type="checkbox"/> ທາງໂທລະສັບ

ວາຍເຊັນຂອງຜູ້ອຸທອນສຳລັບ ພໍ່ແມ່ເດັກ,  
ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ຜູ້ຮັກສາ, ຜູ້ປົກຄອງ ຫຼື ທະນາຍຄວາມ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ຂຽນວັນທີຢູ່ໃນຊ່ອງຂ້າງເທິງ. ນີ້ອາດຈະຖືກເຊັນດ້ວຍຫມັກ ຫຼື ເອເລັກໂຕຣນິກ.  
ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອິເລັກໂຕຣນິກ.

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາວິຊາພິມ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງ  
ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ