

အရေးကြီးမှတ်တမ်းများထိန်းသိမ်းရေးရုံး
P.O. Box 70
Burlington VT 05402

18 VSA § 5075(b) နှင့်အညီ
နောက်ကျမွေးစာရင်းအတွက် လျှောက်လွှာ

လျှောက်ထားသူ၏အချက်အလက်

နာမည်: အရှေ့ _____ အလယ် _____ နောက်ဆုံး _____ နောက်ဆက်တွဲ _____
 မွေးသက္ကရာဇ်- ___/___/____ ဖုန်းနံပါတ်- (____) _____
 အိမ်လိပ်စာ: _____

လျှောက်ထားသူအားကိုယ်စားပြုရှေ့နေ-

အမည်: _____ လိပ်စာ: _____
 မြို့: _____ ပြည်နယ်: _____ ဖုန်းနံပါတ်- (____) _____

တောင်းဆိုမှု ဖော်ပြချက်

ကျွန်ုပ်သိရှိသည့် အချက်အလက်များအရ နောက်ကျမွေးစာရင်းတောင်းဆိုထားသည့်သူ မွေးဖွားပြီး ပထမဆုံးနှစ်အတွင်း မွေးစာရင်းတောင်းခံခဲ့ခြင်းမရှိခဲ့ပါ။

- ကျွန်ုပ်သည် နောက်ကျမွေးစာရင်းကို တောင်းခံနေသည့် ကလေးဖြစ်သူ _____ ၏ မိဘဖြစ်ပါသည်။
 ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို ဗားမောင့်ပြည်နယ်၊ _____ တွင်မွေးဖွားခဲ့သည်။
- နောက်ကျမွေးစာရင်းကို ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် တောင်းဆိုနေခြင်းဖြစ်တယ်။ ကျွန်ုပ်သည် ဗားမောင့်ပြည်နယ်၊ _____
 တွင်မွေးဖွားခဲ့သည်။

ပူးတွဲစာရွက်စာတမ်းများ

အချက်အလက်များကို သက်သေပြရန်အတွက် နောက်ကျမွေးစာရင်းထောက်ခံချက်စာရွက်စာတမ်းများပေါ်တွင် ဖော်ပြရန်
 အချက်အလက်ဆိုင်ရာကြေညာချက်

- _____
- _____
- _____

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်

လက်မှတ်: _____ လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ ___/___/____

စာလုံးအကြီးဖြင့်ရေးထားသည့်နာမည်- _____

ရက်နေ့တွင် ကျွန်ုပ်၏ရှေ့မှောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး ကျမ်းသစ္စာကျိန်ဆိုခဲ့သည်- ___/___/____

စာချုပ်စာတမ်းသက်သေခံရှေ့နေ၏လက်မှတ်

သက်တမ်းကုန်မည့်ရက်စွဲ

ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသောလျှောက်လွှာနှင့် အထက်တွင် မှန်ကန်ကြောင်းအတည်ပြုထားသည့်စာရွက်စာတမ်းများကို အောက်ပါအတိုင်းပြန်လည်ပေးပို့ပေးပါ-

သို့- ဗားမောင့် ကျန်းမာရေးဌာန- အရေးကြီးမှတ်တမ်းများရုံး
 108 Cherry Street, PO Box 70
 Burlington VT 05402