**[*If possible, print this letter on your letterhead*]**

ជូនចំពោះ ,

(Agency name) ចង់ដឹងអ្វីដែលអ្នកគិតអំពីសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់
សារធាតុញៀនដែលអ្នកធ្លាប់ឆ្លងកាត់នៅ (CCS/CST program name)។ ប្រសិនបើអ្នក
បំពេញការស្ទង់មតិ ដែលបានភ្ជាប់ ដោយស្ម័គ្រចិត្ត នោះអ្នកនឹងផ្តល់នូវព័ត៌មានដ៏មានប្រយោជន៍
ដល់សហគមន៍របស់អ្នក ដើម្បីកែលម្អការទទួលបានការថែទាំប្រកបដោយគុណភាព។

ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកផ្តល់ជូននៅលើការស្ទង់មតិស្តីអំពីការពេញចិត្តគឺជាការសម្ងាត់ និងមិន
បញ្ចេញឈ្មោះ។ បុគ្គលិកកម្មវិធីនឹងមិនឃើញការឆ្លើយតបរបស់អ្នកទេ ហើយការចូលរួមនៅក្នុងការស្ទង់
មតិរបស់អ្នកនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ផ្ទាល់ដល់បទពិសោធរបស់កូនអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីឡើយ។

នៅពេលដែលអ្នកបំពេញការស្ទង់មតិនេះ៖

* សូមគិតអំពីបទពិសោធរបស់អ្នកជាមួយនឹង (CCS/CST program name) នៅក្នុងអំឡុងពេលប្រាំមួយ (6) ខែចុងក្រោយ។ សូមកុំគិតអំពីកម្មវិធីសុខភាព និងសេវាមនុស្សជាតិផ្សេងទៀត។
* ពាក្យថា “***បុគ្គលិក***” សំដៅលើ (CCS counselor, CST coordinator, case manager, etc.)របស់អ្នក។
* ពាក្យថា “***សេវាកម្ម***” សំដៅលើសេវាកម្មពី (CCS/CST program name)។

នៅពេលដែលអ្នកផ្ញើការស្ទង់មតិត្រលប់មកវិញ៖

* សូមកុំដាក់ឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើការស្ទង់មតិ ឬស្រោមសំបុត្រដែលផ្ញើត្រឡប់មកវិញ។
* ផ្ញើការស្ទង់មតិដែលបានបំពេញរួច នៅក្នុងស្រោមសំបុត្រ ដែលបោះត្រា និងដាក់
អាសយដ្ឋានដោយខ្លួនឯងដូចបានផ្តល់ជូនមក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការស្ទង់មតិនេះ សូមកុំស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការទាក់ទង់មក (name and phone number)។ សូមអរគុណទុកជាមុនសម្រាប់ការគិតអំពីការបំពេញការស្ទង់មតិដ៏មានសារៈសំខាន់នេះ។

ដោយក្ដីគោរពរាប់អាន