



Medical Examiner's Office  
321 University Avenue  
Philadelphia, PA 19104

ទូរស័ព្ទ ៖ (215) 685-7456  
ទូរសារ ៖ (215) 685-9465  
អ៊ីម៉ែល ៖ medicalexaminer@phila.gov

**ម៉ោងធ្វើការ ៖**  
**ច័ន្ទ - សុក្រ ៧ ម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 នាទីល្ងាច ៧**

**សំណុំបែបបទស្នើសុំព័ត៌មាន**

ឈ្មោះអ្នកទទួលមរណភាព ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទមរណៈភាព/លេខសំណុំ \_\_\_\_\_  
រៀង ៖ (លើស) \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំទិន្នន័យ ៖ \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលមរណភាព ៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន

អ្នកស្នើសុំទិន្នន័យ ៖ \_\_\_\_\_

ក្រុង ៖ \_\_\_\_\_ រដ្ឋ ៖ \_\_\_\_\_ ហ្សឺប ៖ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ/ចល័ត) ៖ \_\_\_\_\_ (លេខត្រង់ធ្វើការ) ៖ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខា ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ ៖ \_\_\_\_\_

ព័ត៌មានដែលចង់បាន (គូសគ្រប់ចំណុចដែលត្រូវការ)		
ឯកសារសំណុំរឿងពេញលេញ រួមទាំងរបាយការណ៍សពពិនិត្យ និងរបាយការណ៍ពិនិត្យជាតិពុល		\$50.00
របាយការណ៍សពពិនិត្យ និងរបាយការណ៍ពិនិត្យជាតិពុល		\$35.00
រូបថត		\$5.50 ក្នុងមួយសន្លឹក \$5.50 ក្នុងមួយឌីស
ស្នាមដាសកាសាស្ត្រ		\$8.00 ក្នុងមួយស្នាម
របៀបបង់ប្រាក់ (សូមគូសយកមួយ)		
(សែក ឬការបញ្ជាបង់ប្រាក់តាមធនាគារ ឬប្រៃសនីយ បង់ជូន "City of Philadelphia")		
សែក	លេខសែក ៖	ចំនួនទឹកប្រាក់បង់ ៖ \$
ការបញ្ជាបង់ប្រាក់តាមធនាគារ ឬប្រៃសនីយ	លេខការបញ្ជាបង់ប្រាក់តាមធនាគារ ឬប្រៃសនីយ ៖	ចំនួនទឹកប្រាក់បង់ ៖ \$
ធ្វើប័ណ្ណបង់ប្រាក់មកឲ្យខ្ញុំ		

**បើអ្នកមិនមែនជាសាច់ញាតិជិតជាមួយអ្នកស្លាប់ទេ សូមបំពេញវត្តមានក្រោមស្តីពី "ការប្រគល់សិទ្ធិ"**

ឬ

បើអ្នកជាមេធាវី ឬជាអង្គការ អ្នកត្រូវដាក់ស្នើសុំលិខិតឆ្លុះបញ្ចាំង ដោយមានការអនុញ្ញាតពីបងប្អូនសាច់ញាតិជិតរបស់អ្នកស្លាប់ ឬធ្វើដីកាតាមប្រៃសនីយ ឬយកមកដោយផ្ទាល់ ក្រោយអ្នកទទួលបានការបោះត្រាយលំហែមតិសាមញ្ញច្បាប់នៃក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វី (Philadelphia Law Department) ដែលមានទីតាំងនៅអាសយដ្ឋានលេខ 1515 ផ្លូវ Arch, Philadelphia, PA 19102 ។

**ការអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន**

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ឈ្មោះ \_\_\_\_\_ សូមប្រគល់សិទ្ធិឲ្យឈ្មោះ \_\_\_\_\_ ទទួលព័ត៌មានណាមួយ/ទាំងអស់ ដែលទាក់ទងនឹង ឬដែលមាននៅក្នុងសំណុំឯកសារនេះ ។

ហត្ថលេខា ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា ៖ \_\_\_\_\_