Medical Examiner's Office
321 University Avenue
Philadelphia, PA19104

ទូរស័ព្ទ ៖ (215) 685-7456
ទូរសារ ៖ (215) 685-9465
អ៊ីម៉ែល ៖ medicalexaminer@phila.gov
ម៉ោងធ្វើការ ៖
ច័ន្ទ – សុក្រ ម៉ោង9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 នាទីល្ងាច

សំណុំបែបបទស្នើសុំព័ត៌មាន

ឈ្មោះអ្នកស្លាប់ ៖ _____

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំទិន្នន័យ ៖ _____

អាសយដ្ឋានអ្នកសុំទិន្នន័យ ៖ _____

រដ្ឋ ៖ _____ ហ្សុិប ៖ _____

ទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ/ចល័ត) ៖ _____

ហត្ថលេខា ៖_____

កាលបរិច្ឆេទ
មរណៈភាព/លេខសំ
ណុំរឿង ៖*(បើដឹង)* _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្លាប់ ៖ _____

ក្រុង ៖ _____

អ៊ីម៉ែល ៖ _____

(លេខន្លែងធ្វើការ) ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____

ព័ត៌មានដែលស្នើសុំ (ជ្រើសយកចម្លើយទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក)		
	ឯកសារសំណុំរឿងពេញលេញ (រួមទាំងរបាយការណ៍វះសពពិនិត្យ និងរបាយការណ៍ពិនិត្យជាតិពុល)	$50.00
	របាយការណ៍វះសពពិនិត្យ និងរបាយការណ៍ពិនិត្យជាតិពុល	$35.00
	រូបថត (រូបថតមុនឆ្នាំ 1996 មិនត្រូវបានបំផ្លែងជាឌីជិថលឡើយ ដូច្នេះមិនអាចដាក់ចូលក្នុងឌីសបានទេ)	$10 ក្នុងមួយស្លាយ $10 ក្នុងមួយឌីស
	ស្លាយជាលិកាសាស្ត្រ	$8.00 ក្នុងមួយស្លាយ

របៀបបង់ប្រាក់ (សូមគូសយកមួយ) *(សែក ឬការបញ្ជាបង់ប្រាក់ ដែលត្រូវបង់ទៅកាន់ City of Philadelphia")*			
	សែក	លេខសែក ៖	ចំនួនទឹកប្រាក់បង់ ៖ $
	ការបញ្ជារបង់ប្រាក់តាមធនាគារ ឬប្រៃសនីយ	លេខការបញ្ជាបង់ប្រាក់តាមធនាគារ ឬប្រៃសនីយ ៖	ចំនួនទឹកប្រាក់បង់ ៖ $
	ផ្ញើប័ណ្ណបង់ប្រាក់មកឲ្យខ្ញុំ		

បើអ្នកមិនមែនជាសាច់ញាតិជិតជាមួយអ្នកស្លាប់ទេ សូមបំពេញវគ្គខាងក្រោមស្តីអំពី "ការប្រគល់សិទ្ធិ"

ឬ

បើអ្នកជាមេធាវី ឬជាអង្គការ អ្នកត្រូវដាក់ស្នើលិខិតផ្លូវការ ដោយមានការអនុញ្ញាតពីបងប្អូនសាច់ញាតិជិតរបស់អ្នកស្លាប់ ឬផ្ញើដីកាតាមប្រៃសនី ឬយកមកដោយផ្ទាល់ ក្រោយអ្នកទទួលបានការបោះត្រាយល់ព្រមពីនាយកដ្ឋានច្បាប់នៃក្រុងហ្វ៊ីឡាដែលហ្ទៀ (Philadelphia Law Department) ដែលមានទីតាំងនៅអាសយដ្ឋានលេខ 1515 ផ្លូវ Arch, Philadelphia, PA 19102 "1

Medical Examiner's Office
321 University Avenue
Philadelphia, PA19104

ទូរស័ព្ទ ៖ (215) 685-7456
ទូរសារ ៖ (215) 685-9465
អ៊ីម៉ែល ៖ medicalexaminer@phila.gov
ម៉ោងធ្វើការ ៖
ច័ន្ទ – សុក្រ ម៉ោង9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 នាទីល្ងាច

ការអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ _____សូមផ្តល់សិទ្ធិឲ្យ _____ ទទួលព័ត៌មានណាមួយ/ទាំងអស់ ដែលទាក់ទងនឹង ឬដែលមាននៅក្នុងសំណុំឯកសារនេះ ។

ហត្ថលេខា ៖ _____កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា ៖ _____