



Medical Examiner's Office  
400 North Broad Street  
Philadelphia, PA 19130

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

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

**សំណុំបែបបទស្នើសុំព័ត៌មាន**

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ : \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ  
មរណៈភាព/លេខសំណុំ  
រឿង : (បើសិន) \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំទិន្នន័យ : \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ : \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ្នកសុំទិន្នន័យ : \_\_\_\_\_ ក្រុង : \_\_\_\_\_

រដ្ឋ : \_\_\_\_\_ ហ្សឺប : \_\_\_\_\_ អ៊ីម៉ែល : \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ/ចល័ត) : \_\_\_\_\_ (លេខនៃឯកសារធ្វើការ) : \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខា : \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ : \_\_\_\_\_

ព័ត៌មានដែលស្នើសុំ (ជ្រើសយកចម្លើយទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក)		
ឯកសារសំណុំរឿងពេញលេញ (រួមទាំងរបាយការណ៍សពពិនិត្យ និងរបាយការណ៍ពិនិត្យជាតិពុល)		\$50.00
របាយការណ៍សពពិនិត្យ និងរបាយការណ៍ពិនិត្យជាតិពុល		\$35.00
ស្នាមជាលិកាសាស្ត្រ		\$8.00 ក្នុងមួយស្នាម
របៀបបង់ប្រាក់ (សូមគូសយកមួយ)		
(សែក ឬការបញ្ចប់បង់ប្រាក់ ដែលត្រូវបង់ទៅកាន់ City of Philadelphia)		
សែក	លេខសែក :	ចំនួនទឹកប្រាក់បង់ : \$
ការបញ្ចប់បង់ប្រាក់តាមធនាគារ ឬប្រៃសនីយ	លេខការបញ្ចប់បង់ប្រាក់តាមធនាគារ ឬប្រៃសនីយ :	ចំនួនទឹកប្រាក់បង់ : \$
ធ្វើប័ណ្ណបង់ប្រាក់មកឲ្យខ្ញុំ		

**បើអ្នកមិនមែនជាសាច់ញាតិជិតជាមួយអ្នកស្នើសុំទេ សូមបំពេញគ្រោងក្រោមស្តីអំពី “ការប្រគល់សិទ្ធិ”**

ឬ  
បើអ្នកជាមេធាវី ឬជាអង្គការ អ្នកត្រូវដាក់ស្នើសុំព័ត៌មាន ដោយមានការអនុញ្ញាតពីបងប្អូនសាច់ញាតិជិតរបស់អ្នកស្នើសុំ ឬធ្វើដីកាតាមប្រៃសនី  
ឬយកមកដោយផ្ទាល់ ក្រោយអ្នកទទួលបានការបោះត្រាយលំព្រមពិនិត្យក្នុងភ្នាក់ងារភ្នំឡាខែលហ្សឺ (Philadelphia Law Department)  
ដែលមានទីតាំងនៅអាសយដ្ឋានលេខ 1515 ផ្លូវ Arch, Philadelphia, PA 19102 ។

**ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ជូនព័ត៌មាន**

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ \_\_\_\_\_ សូមផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ \_\_\_\_\_ ទទួលព័ត៌មានណាមួយ/ទាំងអស់ ដែលទាក់ទងនឹង ឬដែលមាននៅក្នុង  
សំណុំឯកសារនេះ ។

ហត្ថលេខា : \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា : \_\_\_\_\_