

ដំណាក់កាលទី 1 – បំពេញបែបបទនេះ ។

A. ព័ត៌មានរបស់អ្នក			
នាម	នាមកណ្តាល	តេត្តនាម	
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
លេខអត្តសញ្ញាណអតិថិជន		លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលថ្ងៃ ()	
តើអ្នកត្រូវការជំនួយខាងនិយាយ អាន ឬសរសេរជាភាសាអង់គ្លេសទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ត្រូវការ បើត្រូវការ តើភាសាអ្វី(ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស)ដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់?			
B. ពណ៌នាពីមូលហេតុដែលអ្នកស្នើសុំសេវាការនៅក្នុងចន្លោះខាងក្រោម ៖			
C. អ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ			
<input type="checkbox"/> គូសប្រអប់នេះបើមាននរណាម្នាក់ជួយអ្នក ឬតំណាងឱ្យអ្នកក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការសេវាការរដ្ឋបាល ។ ពួកគេអាចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ ។ ផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ជននោះ ៖			
នាម	លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទងពេលថ្ងៃ ()		
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ

ដំណាក់កាលទី 2 – ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតដែលអ្នកបានទទួល ។

ដំណាក់កាលទី 3 – ផ្ញើមកពួកយើងនូវបែបបទនេះ និងច្បាប់ចម្លងនៃលិខិត ។

ផ្ញើសំបុត្រមក ៖

CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

ទូរសារមក ៖

1-888-338-7410