



**▼ សំណុំបែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ▼**

**ទូរកុំរលរលរនៅកន្លែងមានថ្លៃ**

<b>1</b>	តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិកមែនដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន		}	ប្រសិនបើអ្នកគ្មានលេខ "១" ក្នុងការឆ្លើយតបមួយក្នុងចំណោមសំណួរទាំងនេះ ទូរកុំបែបបទនេះ			
	តើអ្នកនឹងមានអាយុ 18 ឆ្នាំនៅ ឬមុនថ្ងៃបោះឆ្នោតមែនដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន						
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> ចុះឈ្មោះឆ្លើ	<input type="checkbox"/> ប្តូរឈ្មោះ	<input type="checkbox"/> ប្តូរអាសយដ្ឋាន	<input type="checkbox"/> ប្តូរគណបក្ស	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជាមន្ត្រីសហព័ទ្ធ ឬ ហើយចង់រក្សាកន្លែងបោះឆ្នោតនៅក្នុងខោនធីដែលខ្ញុំរស់នៅចុងក្រោយ ។	ដាក់លេខលិខិតអនុញ្ញាតបើកបរ PA នៅទីនេះ លេខប័ណ្ណបើកបរ <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<b>3</b>	លោក លោកស្រី កញ្ចា	នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល /ហត្ថលេខា បំពេញ	Jr. Sr. II III IV	ប្រសិនបើគ្មាន PA DL# ទូរដាក់លេខ SS# (4 ខ្ទង់ចុងក្រោយ) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<b>4</b>	<b>4a</b> អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ រួមមានផ្លូវ និងក្រុង (ប្រើប្រាស់ផែនទីខាងលើ ប្រសិនបើគ្មានលេខផ្លូវ ឬគ្មានឈ្មោះ) (ប្រសិនបើមានតែប្រអប់សំបុត្រ សូមមើលខាងលើ)		លេខអាជ្ញាធិមែន	រដ្ឋ <b>PA</b>	លេខកូដ	<b>4b</b> លេខទូរស័ព្ទ (មិនចាំបាច់) ( )	
<b>4c</b>	សាលាក្រុងដែលអ្នករស់នៅ	ខោនធីដែលអ្នករស់នៅ	<b>5</b>	អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ)	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ
<b>6</b>	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / /	<b>7</b> ជនជាតិ (មិនចាំបាច់)	<b>8a.</b> ឈ្មោះចុះឈ្មោះកាលពីមុន		<b>9</b>	តើគណបក្សមួយណាដែលអ្នកចង់ចុះឈ្មោះ ?	
						<input type="checkbox"/> ប្រជាធិបតេយ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (សូមបង្ហាញ) _____ <input type="checkbox"/> សាធារណរដ្ឋ <input type="checkbox"/> គ្មានការពាក់ព័ន្ធ	
<b>8b</b>	អាសយដ្ឋានចុះឈ្មោះពីមុន		ខោនធីចុះឈ្មោះពីមុន		ឆ្នាំចុះឈ្មោះពីមុន		
<b>10</b>	ឈ្មោះ និងហត្ថលេខាមនុស្សដែលបានជួយបំពេញសំណុំបែបបទនេះ  អាសយដ្ឋាន :			▼ ដាក់ហត្ថលេខាជាមួយឈ្មោះពេញ (ឬត្រូវសញ្ញា) ខាងក្រោម ។ ▼ (សូមមើលលេខក្រឹត្យកាសពីការដាក់ទោសពីបទក្តីកុហក ។)			
<b>11</b>	តាមរយៈនេះ ខ្ញុំសូមប្រកាសថា : (1) នៅថ្ងៃបោះឆ្នោតលើកក្រោយ ខ្ញុំនឹងជាពលរដ្ឋអាមេរិក យ៉ាងហោចណាស់មួយខែ ។ ខ្ញុំនឹងមានអាយុយ៉ាងតិចបំផុត 18 ឆ្នាំ ហើយខ្ញុំនឹងស្នាក់នៅផែនស៊ីលវ៉ានៀ និងឌីសត្រីក បោះឆ្នោតរបស់ខ្ញុំរយៈពេលយ៉ាងតិចណាស់ 30 ថ្ងៃ (2) ខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិស្របច្បាប់ដើម្បីបោះឆ្នោត ។  ហើយតាមរយៈនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យក្នុងសេចក្តីប្រកាសចុះឈ្មោះនេះគឺជាការពិត ។ ខ្ញុំដឹងថា ការប្រកាសចុះឈ្មោះនេះ នឹងត្រូវបានទទួលយកសម្រាប់រាល់គ្រប់បំណងទាំងអស់ស្នើសុំការបញ្ជាក់អះអាង ហើយប្រសិនបើការចុះឈ្មោះនេះ មានការរាយការណ៍ខុស ខ្ញុំនឹងទទួលការពិន័យពីការរដ្ឋបាល ។			X _____			
				ត្រឹមឈ្មោះរបស់អ្នកខាងក្រោម ▼		កាលបរិច្ឆេទ:  / /	
<b>12</b>	លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកចុះឈ្មោះ (ប្រសិនបើមាន) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ		ឌីសត្រីក		លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកបោះឆ្នោតរបស់ខោនធី
ត្រូវការជំនួយ : <input type="checkbox"/>			ហេតុផលសម្រាប់ជំនួយ :				