

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



អង្គជំនុំជម្រះវិសាមញ្ញក្នុងតុលាការកម្ពុជា
Extraordinary Chambers in the Courts of Cambodia
Chambres Extraordinaires au sein des Tribunaux Cambodgiens

ឧបសម្ព័ន្ធ “ក” /១០១

ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានអំពីជនរងគ្រោះ

ផ្នែក “ក”

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៃជនរងគ្រោះ

១. នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន:	
១.១ នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន ជាអក្សរឡាតាំង:	
២. ឈ្មោះផ្សេងទៀត:	
២.១ ឈ្មោះផ្សេងទៀត ជាអក្សរឡាតាំង:	
៣. ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	៤. ទីកន្លែងកំណើត:
៥. អាយុ/ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ): <input type="checkbox"/> ធ្វើតួសក្នុងប្រអប់នេះប្រសិនបើថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតខុសពីឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ	៦. ស្ថានភាពគ្រួសារ <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
៧. សញ្ជាតិ:	៨. មុខរបរ:
៩. ឈ្មោះឪពុក ឬអាណាព្យាបាល:	៩.១. ឈ្មោះឪពុកឬអាណាព្យាបាលជាអក្សរឡាតាំង:
១០. ឈ្មោះម្តាយ:	១០.១. ឈ្មោះម្តាយជាអក្សរឡាតាំង:
១១. តើមានអ្នកនៅក្នុងបន្ទប់ចំនួនប៉ុន្មាននាក់? <i>សូមសរសេរជាលេខ</i>	
១២. តើអ្នកធ្លាប់មានពិការភាពពីមុនឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមរៀបរាប់លំអិត:	

១៣. តើឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណខាងក្រោមណាមួយដែលអ្នកមាន? សូមបញ្ជាក់ជាលេខ និងភ្ជាប់ច្បាប់ថតចម្លងមកជាមួយផង។

ប្រភេទនៃភស្តុតាងនៃអត្តសញ្ញាណ	លេខ និង រយៈពេលផ្សេងៗ
<input type="checkbox"/> អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ (ដូចជាកាតសំគាល់និស្សិត, បុគ្គលិក)	
<input type="checkbox"/> ប័ណ្ណបោះឆ្នោត	
<input type="checkbox"/> លិខិតបញ្ជាក់ពីអាជ្ញាធរដែនដី	
<input type="checkbox"/> ប័ណ្ណបើកបររថយន្ត	
<input type="checkbox"/> លិខិតឆ្លងដែន	
<input type="checkbox"/> លិខិតចុះឈ្មោះនៅក្នុងជំរំ	
<input type="checkbox"/> ឯកសារពន្ធ	
<input type="checkbox"/> កាតសំគាល់ចេញដោយអង្គការមនុស្សធម៌(ដូចជា UNHCR, WFP)	
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	
<input type="checkbox"/> គ្មាន	

១៤. អាសយដ្ឋានផ្ទាល់ខ្លួន	
១៤.១. ទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ <i>ប្រសិនបើអ្នកមិនមានអាសយដ្ឋានពិតប្រាកដ សូមផ្តល់ទូរអាសយដ្ឋានចុងក្រោយ</i>	
លេខ/ប្លុក:	ផ្លូវ:
ក្រុម/ភូមិ:	ឃុំ/សង្កាត់:
ស្រុក/ខណ្ឌ:	ខេត្ត/ក្រុង:
ប្រទេស:	
១៤.២. អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន <i>(ប្រសិនបើដូចទៅនឹងអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ មិនចាំបាច់បំពេញក្នុងប្រអប់ខាងក្រោមនេះទេ។)</i>	
លេខ/ប្លុក:	ផ្លូវ:
ក្រុម/ភូមិ:	ឃុំ/សង្កាត់:
ស្រុក/ខណ្ឌ:	ខេត្ត/ក្រុង:
ប្រទេស:	
១៤.៣ ទូរស័ព្ទសំរាប់ទំនាក់ទំនង:	
<input type="checkbox"/> ផ្ទាល់ខ្លួន ឬ <input type="checkbox"/> អ្នកដទៃ <i>(ចូរផ្តល់ឈ្មោះ)</i>	
១៤.៤ សារអេឡិចត្រូនិចផ្ទាល់ខ្លួន (E-mail):	
១៥. មធ្យោបាយសំរាប់ទំនាក់ទំនង <i>សូមគូសទៅតាមភាពសមស្រប</i>	
ខ្ញុំចង់អោយទាក់ទងទៅតាមអាសយដ្ឋានដូចមាននៅក្នុងចំនុចលេខ១៤.១ <input type="checkbox"/> ឬតាមអាសយដ្ឋានដូចមាននៅក្នុងចំនុចលេខ១៤.២ <input type="checkbox"/>	
<i>ប្រសិនបើគូសក្នុងប្រអប់នេះសូមកុំបំពេញក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម</i>	
ខ្ញុំចង់អោយទាក់ទងទៅតាម:	
<input type="checkbox"/> អង្គការអន្តរការី:	
<input type="checkbox"/> សមាគមជនរងគ្រោះ:	
<input type="checkbox"/> បុគ្គលដែលតំណាង:	
<input type="checkbox"/> មេធាវី:	
មេធាវីជាតិឈ្មោះ:	មេធាវីអន្តរជាតិឈ្មោះ:
១៥.១ អាសយដ្ឋាន	
លេខ/ប្លុក:	ផ្លូវ:
ក្រុម/ភូមិ:	ឃុំ/សង្កាត់:

ស្រុក/ខណ្ឌ:	ខេត្ត/ក្រុង:
ប្រទេស:	
ទូរស័ព្ទលេខ:	
ហ្វាកស៊ិក្ល:	
សារអេឡិចត្រូនិច (E-mail):	
<p>១៦. តើអ្នកធ្លាប់ដាក់ពាក្យប្តឹង ឬ ពាក្យស្នើសុំតាំងខ្លួនជាដើមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណីទៅ អ.វ.ត.ក ពីមុនដែរឬទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាស ចូរបញ្ជាក់អំពីលេខចុះបញ្ជីរបស់អង្គការគាំពារជនរងគ្រោះ ទម្រង់នៃការចូលរួមលើកមុន ពេលវេលា និងទីកន្លែង ដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ និងហេតុផលនៃការដាក់ទម្រង់បែបបទសាជាថ្មី។</p> <p>លេខចុះបញ្ជី (ប្រសិនបើមាន):</p> <p>ទម្រង់នៃការចូលរួម:</p> <p>ទីកន្លែង: ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ</p> <p>និងហេតុផលនៃការដាក់ដាក់ទម្រង់បែបបទសាជាថ្មី:</p>	

ផ្នែក “ខ”

ព័ត៌មានទាក់ទងឧក្រិដ្ឋកម្មដែលបានចោទប្រកាន់

សូមភ្ជាប់នូវចំណើយទាក់ទងនឹងផ្នែកនេះដោយក្រដាសដាច់ដោយឡែកប្រសិនបើចាំបាច់

១. សូមផ្តល់នូវព័ត៌មានពិស្តារអំពីឧក្រិដ្ឋកម្ម
ទីកន្លែង (ភូមិ, ស្រុក, ភ្នំបន់, ភូមិភាគ):
កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ):
ការពិពណ៌នាអំពីឧក្រិដ្ឋកម្ម(តើឧក្រិដ្ឋកម្មអ្វីខ្លះដែលបានកើតឡើង ហើយកើតឡើងដោយរបៀបណា?):
<p>២. តើអ្នកណាដែលអ្នកជឿជាក់ថាត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះឧក្រិដ្ឋកម្មទាំងនោះ ហើយមូលហេតុអ្វីដែលអ្នកជឿជាក់បែបនេះ?</p> <p><i>សូមឆ្លើយសំណួរនេះទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើទៅបាន</i></p>

៣. តើអ្នកជាជនរងគ្រោះនៃឧក្រិដ្ឋកម្មទាំងនោះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
៣.១. តើអ្នកបានដឹងអំពីជនរងគ្រោះផ្សេងទៀតនៃឧក្រិដ្ឋកម្មទាំងនោះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស (និងប្រសិនបើអ្នកមានលទ្ធភាព), សូមផ្តល់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់ពួកគេ, លើកលែងតែអ្នកដឹងថាពួកគេចង់នៅជាអនាមិក, ឬវាអាចធ្វើអោយមានហានិភ័យចំពោះអ្នក ឬអ្នកណាផ្សេងទៀត):
៣.២. តើអ្នកមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយជនរងគ្រោះទាំងនោះ(ជាក្រុមគ្រួសារ, អ្នកជិតខាង, មិត្តភក្តិ, ។ល។)? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស, សូមបញ្ជាក់):
៤. តើអ្នកជាសាក្សីនៅក្នុងឧក្រិដ្ឋកម្មទាំងនោះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
៤.១. តើអ្នកបានដឹងអំពីសាក្សីផ្សេងទៀតនៃឧក្រិដ្ឋកម្មទាំងនោះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស (និងប្រសិនបើអ្នកមានលទ្ធភាព), សូមផ្តល់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់ពួកគេ, លើកលែងតែអ្នកដឹងថាពួកគេចង់រក្សាភាពអនាមិក, ឬវាអាចធ្វើអោយមានភាពគ្រោះថ្នាក់ចំពោះអ្នក ឬអ្នកណាផ្សេងទៀត)
៤.២. តើអ្នកមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយសាក្សីទាំងនោះ(ជាក្រុមគ្រួសារ, អ្នកជិតខាង, មិត្តភក្តិ, ។ល។)? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស, សូមបញ្ជាក់):
៥-សុវត្ថិភាព: តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអំពីផលវិបាកណាមួយចំពោះខ្លួនអ្នក ឬអ្នកណាផ្សេងទៀតមានឈ្មោះក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ដែលបណ្តាលមកពីការដាក់ និងបញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់ អ.វ.ត.ក ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើមានការព្រួយបារម្ភ សូមពន្យល់ឱ្យបានច្បាស់លាស់:

ផ្នែក “គ”

ពាក្យសុំតាំងខ្លួនជាដើមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី

អ្នកត្រូវបំពេញក្នុងផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងចង់ចូលរួមជាដើមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណីនៅក្នុងកិច្ចដំណើរការស៊ើបសួរ
ដើម្បីអោយតុលាការទទួលស្គាល់អ្នកជាដើមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី, ព្យសនកម្មត្រូវតែជា ក) រូបកាយ, សម្ភារៈ ឬ ផ្លូវចិត្ត; ខ) ប៉ះពាល់ដោយផ្ទាល់ពីបទល្មើសនោះជាលក្ខណៈបុគ្គល និងមានឥទ្ធិពលរហូតមកដល់ពេលបច្ចុប្បន្ន។
១. សូមបញ្ជាក់អំពីដំណាក់កាលនីតិវិធីដែលអ្នកមានបំណងចង់ចូលរួម សំណុំរឿងលេខ:
២. សូមបញ្ជាក់អំពីព្យសនកម្ម, ការបាត់បង់ឬ ផលវិបាកដែលបានទទួល និង សូមធ្វើការអត្ថាធិប្បាយដោយសង្ខេប (ដូចជាព្យសនកម្មនៅលើរូបកាយ, ផ្លូវចិត្ត និងភាពតានតឹងនៅក្នុងចិត្ត, បាត់បង់ ឬខូចខាតនូវទ្រព្យសម្បត្តិ):

៣. តើអ្នកត្រូវបានវេជ្ជបណ្ឌិតពិនិត្យក្រោយពីព្រឹត្តិការណ៍នោះកើតឡើងឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
៤. តើអ្នកបានព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ ឬដោយវិធីព្យាបាលផ្លូវចិត្តដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
៥. ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើអ្នកមានកំណត់ត្រាអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ឬដោយវិធីព្យាបាលផ្លូវចិត្តទាំងនោះដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
<i>ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស, សូមគូសទៅតាមភាពសមស្របខាងក្រោម និងផ្តល់ឯកសារចំលងមួយច្បាប់ប្រសិនបើអាច.</i>		
<input type="checkbox"/> របាយការណ៍វេជ្ជបណ្ឌិត, មន្ទីរពេទ្យ, ឬមណ្ឌលសុខភាព	<input type="checkbox"/> កម្មវត្ថុ X	<input type="checkbox"/> វេជ្ជបញ្ជា/វិក័យប័ត្រថ្នាំ
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់	<input type="checkbox"/> មិនមានអ្វីទាំងអស់ដូចខាងលើ	
៦. តើស្ថានភាពនៃព្យាបាលនេះមានរហូតមកដល់សព្វថ្ងៃដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
<i>ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់អោយបានពិស្តារ:</i>		
៧. ដោយគោរពទៅលើការបាត់បង់ទ្រព្យសម្បត្តិ សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិត ឬឯកសារជាក់ស្តែងដែលបញ្ជាក់ពីការកើតមាននូវការបាត់បង់ទ្រព្យសម្បត្តិនោះ:		
៨. តើអ្នកមានបំណងចង់ទាមទារអោយមានសំណងជាលក្ខណៈសមូហភាព ឬជាផ្លូវចិត្តណាមួយដែរឬទេ?		
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
<i>ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់អោយបានពិស្តារ:</i>		

ផ្នែក “ឃ”

ហត្ថលេខា

១. ហត្ថលេខាជនរងគ្រោះ

សូមមេត្តាចុះហត្ថលេខា ឬផ្ដិតម្រាមដៃ និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅលើបែបបទនេះ ទោះបីជានរណាម្នាក់ធ្វើក្នុងនាមរបស់អ្នក ឬ មាននរណាម្នាក់ជួយអ្នកក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា:

- ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ក្នុងបែបបទនេះពិតជាត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដមែន ប្រសិនបើមានចំណុចណាមិនពិត ខ្ញុំសូមទទួលទោសតាមច្បាប់ជាធរមាន

- ខ្ញុំមានបំណងចង់ចូលរួមក្នុងនីតិវិធីនៅចំពោះមុខអ.វ.ត.ក ដោយដាក់ជូននូវទម្រង់បែបបទនេះជា **ពាក្យបណ្តឹង**។

បន្ថែមលើការដាក់ជូននូវពាក្យបណ្តឹងនេះ ខ្ញុំក៏មានបំណងចង់ចូលរួមជាដើមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណីផងដែរ។

ប្រសិនបើចង់គាំទ្រខ្លួនជា “ដើមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី” សូមប្រាកដអោយច្បាស់ថា ផ្នែក “គ” ត្រូវបានបំពេញ។

ទីកន្លែងធ្វើ: ថ្ងៃ: ខែ: ឆ្នាំ:

.....
ហត្ថលេខា ឬស្នាមម្រាមដៃរបស់សាក្សី ហត្ថលេខា ឬស្នាមម្រាមដៃរបស់ជនរងគ្រោះ

២. ហត្ថលេខាបុគ្គលដែលជាអ្នកតំណាងអោយជនរងគ្រោះដោយមានការយល់ព្រមពីជនរងគ្រោះ

ខ្ញុំ.....(ដាក់ឈ្មោះរបស់ជនរងគ្រោះ) យល់ព្រមអោយឈ្មោះ

.....(ដាក់ឈ្មោះរបស់ជនដែលតំណាង) ដែលត្រូវជា.....

.....(ទំនាក់ទំនងរវាងបុគ្គលជាតំណាង និងជនរងគ្រោះ) អោយបំពេញ និងដាក់ទម្រង់

បែបបទនេះតំណាងឱ្យខ្ញុំ។

ទីកន្លែងធ្វើ: ថ្ងៃ: ខែ: ឆ្នាំ:

.....
ហត្ថលេខា ឬស្នាមម្រាមដៃរបស់បុគ្គលដែលតំណាង ហត្ថលេខា ឬស្នាមម្រាមដៃរបស់ជនរងគ្រោះ

នៅមុនពេលដាក់បែបបទពាក្យស្នើសុំនេះ, សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងគូសនៅខាងក្រោមនេះទៅតាមការសម្របសម្រួល:

ខ្ញុំបានភ្ជាប់មកជាមួយក្នុងពាក្យសុំនេះនូវឯកសារដូចខាងក្រោម:

១.

២.

៣.

ខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខា ឬផ្ដិតម្រាមដៃនៅគ្រប់ទំព័រនៃបែបបទ និង ឯកសារដែលបានដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយ សូមបញ្ជាក់អំពីចំនួនទំព័រសរុបនៃទំព័ររបស់បែបបទនេះរួមទាំងទំព័រលំនាំដើម និងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងៗទៀត:

ជនរងគ្រោះ:	បុគ្គលតំណាងអោយជនរងគ្រោះ:
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានផ្តល់សេចក្ដីចំលងឯកសារជាភស្តុតាងនៃអត្តសញ្ញាណឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការនៅក្នុងសំណួរទី១៣នៃផ្នែក “ក” ។ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានផ្តល់ព័ត៌មានឆ្លើយតបនឹងតំរូវការនៅក្នុងសំណួរទី១៤ និង១៥ នៃផ្នែក “ក” ។ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខា ឬផ្ដិតម្រាមនៅក្នុងប្រអប់ទី១នៅក្នុងផ្នែក “យ” ។	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខា ឬផ្ដិតម្រាមដៃនៅក្នុងប្រអប់ទីពីរនៅក្នុងផ្នែក “យ” ។

កំណត់ចំណាំ

នៅពេលដែល អ.វ.ត.ក ទទួលបានបែបបទនេះ អ្នកនឹងទទួលបាននូវការបញ្ជាក់ ។ ការបញ្ជាក់នេះនឹងផ្តល់ទៅអ្នកជាមួយនឹងលេខដែលបានចុះបញ្ជីដែលអ្នកត្រូវប្រើនៅក្នុងការទំនាក់ទំនងជាមួយតុលាការ ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមមកតុលាការ សូមប្រើប្រាស់លេខដែលបានផ្តល់អោយនេះ ដើម្បីអោយគេអាចបន្ថែមនៅលើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ។ សូមបញ្ជាក់ថាដំណើរការនីតិវិធីព្រហ្មទណ្ឌត្រូវការប្រើប្រាស់ពេលវេលាវែង និងអ.វ.ត.ក អាចត្រូវការប្រើប្រាស់ពេលវេលាមួយដើម្បីធ្វើការសំរេចលើពាក្យស្នើសុំ ។

ការដាក់បែបបទនេះគឺធ្វើឡើងដោយមិនមានគិតថ្លៃ ។ អង្គភាពគាំពារជនរងគ្រោះអាចទំនាក់ទំនងបានតាមរយៈអាសយដ្ឋានខាងក្រោម ឬតាមរយៈអ៊ីម៉ែល vss@eccc.gov.kh ។