

ریکارڈ جاری کرنے کی اجازت کا فارم
(Urdu)

میں درج ذیل کی درخواست کر رہا/رہی ہوں: شیئر بسٹری لیٹر میرے کیس ریکارڈز کی کاپی

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ SSN: _____

CARES ID: _____

میں معرفت ہذا محکمہ برائے بے گھر افراد سے متعلق خدمات (Department of Homeless Services) کو میرے وہ ریکارڈز جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں جو ایجنسی میرے نام سے مجھے یا میرے نمائندے کو جاری کرتی ہے:

ان سبھی کو نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں:

- میں تمام طبی اور نفسیاتی معلومات جاری کرنے کی رضامندی نہیں دیتا/دیتی ہوں۔
- میں HIV سے متعلق معلومات جاری کرنے کی رضامندی نہیں دیتا/دیتی ہوں۔
- میں منشیات کے غلط استعمال کی معلومات جاری کرنے کی رضامندی نہیں دیتا/دیتی ہوں۔
- میں گھریلو تشدد کے شکار کے طور پر اپنی صورتحال سے متعلق معلومات جاری کرنے کی رضامندی نہیں دیتا/دیتی ہوں۔
 - میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے پاس اپنے ریکارڈز میں موجود تمام معلومات کا حق حاصل ہے۔
 - میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس فارم پر دستخط کرنے سے انکار کر سکتا/سکتی ہوں۔
 - میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے ریکارڈز قانون کے تحت تحفظ یافتہ ہیں۔
 - میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے ریکارڈز میں طبی معلومات شامل ہو سکتی ہیں، بشمول نفسیاتی معلومات اور/یا شراب/منشیات کے استعمال کی معلومات۔
 - میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے ریکارڈز میں HIV سے متعلق معلومات شامل ہو سکتی ہیں، بشمول کوئی بھی ایسی معلومات جس سے اس بات کی نشاندہی ہوتی ہو کہ میں نے HIV سے متعلق ٹیسٹ کرایا ہے، یا HIV انفیکشن، HIV سے متعلق بیماری یا AIDS ہے، یا وہ معلومات کہ میں ممکنہ طور پر HIV کا شکار ہوا تھا۔
 - میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے ریکارڈز میں گھریلو تشدد کے طور پر میری صورتحال سے متعلق معلومات ہو سکتی ہیں۔
 - میں اس بات سے واقف ہوں کہ جب تک میں بصورت دیگر مذکورہ بالا کی نشاندہی نہیں کرتا/کرتی ہوں، میرے ریکارڈز میں موجود HIV سے متعلق کوئی بھی معلومات اور گھریلو تشدد سے متعلق معلومات اس فارم پر درج شخص کو دی جا سکتی ہیں۔
 - میں جاننا/جانتی ہوں کہ معلومات جاری ہونے سے پہلے میں کسی بھی وقت اس اجازت کے بارے میں اپنا خیال بدل سکتا/سکتی ہوں۔
 - میں 180 دنوں کی مدت کے لیے اس ریلیز کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
 - اس اجراء کی فوٹو کاپی کافی ہو سکتی ہے۔
 - میرے دستخط سے اس بات کی عکاسی ہوتی ہے کہ میں نے مذکورہ بالا سبھی کو پڑھ لیا ہے۔

ریکارڈ جاری کرنے کی اجازت کا فارم (جاری)

رازدارانہ معلومات کے وصول کنندہ کے لیے نوٹ:

یہ معلومات آپ کو رازدارانہ ریکارڈز سے ظاہر کی گئی ہیں جو ریاستی قانون کے تحت تحفظ یافتہ ہیں۔ ریاستی قانون آپ کو اس شخص کی مخصوص تحریری منظوری کے بغیر جس سے اس کا تعلق ہے اس معلومات کا مزید افشاء کرنے سے منع کرتا ہے یا جب بصورت دیگر از روئے قانون اس کی اجازت ہو۔ ریاستی قانون کی خلاف ورزی میں کسی بھی غیر مجاز مزید انکشاف کے نتیجے میں جرمانہ یا جیل یا دونوں سزائیں ہو سکتی ہیں۔ طبی یا دیگر معلومات جاری کرنے کے لیے عمومی اجازت مزید انکشاف کے لیے کافی نہیں ہے۔ NY پبلک ہیلتھ لاء، آرٹیکل §2782(5)(a)-F-27.

کلینٹ کا دستخط:

تاریخ:

بنریعہ ڈاک یا ای میل ریکارڈز بھیجے جانے سے پہلے آپ کی شناخت کی تصدیق کرنے کے لیے آپ کے دستخط کی نوٹری سے تصدیق کرانا یا ایک گواہ کا ہونا ضروری ہے۔ ای میل کی ترسیل تکنیکی رکاوٹوں اور فائل سائز کی حدود سے مشروط ہے۔

نیچے دیے گئے پتے پر میرے ریکارڈز مجھے ڈاک سے یا ای میل کے ذریعے بھیجیں:

نوٹری کی معلومات یہاں
(Notary Information Here)

DHS/فراہم کنندہ گواہ
(DHS/Provider Witness)

Print name

Signature

Date

مکمل شدہ فارم اس پتے پر ڈاک سے بھیجیں:

DSS Office of Legal Affairs - Records Access
150 Greenwich Street (38th Fl.)
New York, NY 10007

ای میل: RecordsAccess@dhs.nyc.gov

فیکس: 917-639-0367

