Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

د معلوماتود خپرولو لپاره اجازه ورکول

Authorization to Release Information

زه، _____ (د خدمت ترلاسه کوونکي نوم)، موافق يم چې خپل معلومات

_____ ته ورکړم (د خدمتو وړاندې کوونکي) ترڅو خدمتونه ترلاسه کړي او زه هغوی ته اجازه ورکوم چې زما په اړه معلومات د ټولنیزو او روغتیايي خدماتو په څانګه کې د واشنګټن د کډوالو او مهاجرینو د مرستې دفتر سره شریک کړي. زه تصدیق کوم چې دا معلومات د نورو هغو خدماتو وړاندې کوونکو سره شریک کیدې شي، او دا چې ORIA زما په اړه معلومات د متحده ایالاتو د کډوالو د بیا میشتیدنې دفتر (ORR) ته د روغتیا او بشري خدماتو په څانګه کې د فدرالي پالیسیو د اړتیا په توګه راپور کولی شي. زما په شریک کیدونکي معلوماتو کې د لومړني ډیموګرافیک معلوماتو، د اړیکو معلومات، او د کډوالۍ وضعیت شامل کېدای شي خو تر دې پورې محدود نه دي. زما معلومات به یوازې د څو ژبو او کلتوري پلوه مناسبو خدماتو ته د لاسرسي په برخه کې د همغږۍ او مرستې لپاره شریک کېږي او زما په اړه معلومات به ORR ته راپور کوي. زما په اړه معلومات په شخصي توګه، د بریښنالیک یا بریښنایی بڼه، یا د پوستې له لارې شریک کېدای شي.

:مهرباني وکړئ په یاد ولرئ که چېرې ستاسو دخدمت ترلاسه کوونکي په ریکارډونو کې لاندې کوم معلومات شامل وي، نو تاسو باید دا برخه بشپړه کړئ ترڅو دا ریکارډونه پکې شامل کړي.

زه د لاندې ریکارډونو د افشا کولو اجازه ورکوم (ټول هغه په نښه کړئ چې تطبیق کیږي):

☐ رواني روغتیا ☐ HIV/AIDS او STD ازموینې پایلې، تشخیص، یا درملنه

☐ د نشه یي توکو د کارولو اختلال

:مهرباني وکړئ له لاندې څخه یو په نښه کړئ

☐ زه د ژباړنې خدماتو ته اړتیا نه لرم او د رضایت دا فورمه مې لوستې او په بشپړ ډول پرې پوهیږم.

☐ دا فورمه ماته د یوه ژباړونکي لخوا لوستل شوې چې شمېره / نوم یې _____. دا شخص یا اداره په انګلیسي او زما په مورنۍ ژبه روانې خبرې کولی شي، او زه د رضایت پر دې فورمه په بشپړ ډول پوهیږم.

- دا د معلوماتو د خپرولو اجازه د لاسلیک له نېټې څخه تر یو کال لپاره یا تر _____ پورې اعتبار لري.
- زه د معلوماتو د خپرولو دا اجازه هر وخت په لیکلي بڼه لغوه یا بېرته اخیستل شم، مګر دا به په کوم دمخه شریک شوي معلوماتو اغیزه ونکړي.
- د دې فورم یوه کاپي هم زما د ریکارډونود شریکولو لپاره د اجازې په توګه اعتبار لري.

خدمت ترلاسه کوونکي / د خدمت ترلاسه کوونکي لخوا د نمائندګي کوونکي لاسلیک نېټه	د خدمت ترلاسه کوونکي د قضیې یا د بهرني وګړي شمېره
د پلار یا قانوني سرپرست لاسلیک نېټه	د خدماتو وړاندې کوونکي د کارکوونکي لاسلیک نېټه

د معلوماتو ترلاسه کوونکو لپاره خبرتیا: که چېرې دا ریکارډونه د HIV, STDs, یا AIDS,په اړه معلومات لري، تاسو دا معلومات د خدمت ترلاسه کوونکي له ځانګړې اجازې پرته نورو ته نشئ افشا کولی. که چېرې تاسو د خدمت ترلاسه کوونکي لخوا د نشه یي توکو یا الکولو د ناوړه ګټې اخیستنې اړوند معلومات ترلاسه کړي وي، نو د معلوماتو د لا نور افشا کولو په صورت کې باید د 42 CFR 2.32 غوښتنې سره سم لاندې بیان شامل کړئ:

دا معلومات تاسو ته له هغو ریکارډونو څخه افشا شوي چې د محرمیت د فدرالي مقرراتو (42 CFR برخې 2) لخوا خوندي شوي. فدرالي مقررات تاسو د دې معلوماتو د نور سره افشا کولو څخه منع کوي پرته لدې چې د نور افشا کولو د هغه چا د لیکلي رضایت له مخې چې دا ورسره تړاو لري یا په بل ډول د 42 CFR برخه 2 لخوا اجازه ورکړل شوې وي. د طبي یا نورو معلوماتو د افشا کولو لپاره یوه عمومي اجازه د دې هدف لپاره کافي نه ده. فدرالي مقررات د الکولو یا نشه یي توکو د ناوړه ګټې اخیستنې معلوماتو هر ډول کارول د کوم ناروغ د جنایي څېړنې یا محاکمې لپاره محدودوي.