

**ग्राहकहरूलाई सूचना:** यदि हामी तपाईं र तपाईंको परिवारका बारेमा थाहा पाउने अन्य एजेन्सीहरूसित काम गर्न सक्षम भयौं भने तपाईंलाई सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा विभाग (डीएसएचएस) ले राम्रो सहयोग गर्न सक्छ। यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर तपाईंले डीएसएचएस र एजेन्सीहरू तथा तल उल्लेखित व्यक्तिहरूलाई तपाईंको बारेमा गोप्य जानकारी प्रयोग गर्न र बाँड्न अनुमति दिनुहुनेछ। यदि तपाईंले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुभएन भने पनि डीएसएचएसले तपाईंलाई सुविधा दिन अस्वीकार गर्न सक्दैन, यदि तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्न तपाईंको स्वीकृति नचाहिने हो भने। यदि तपाईंले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुभएन भने पनि डीएसएचएसले कानूनले अनुमति दिएको हदसम्म तपाईंको बारेमा जानकारीहरू बाँड्न सक्छ। कसरी डीएसएचएसले ग्राहकको गोप्य जानकारी र तपाईंको गोपनीयताको अधिकार बाँड्छ भन्ने सम्बन्धमा यदि तपाईंको केही प्रश्न छन् भने यो फाराम दिने व्यक्तिसित सोध्नु।

<b>ग्राहक पहिचान:</b>			
नाम	जन्म मिति	पहिचान नम्बर	
ठेगाना	सहर	राज्य	जिप कोड
टेलिफोन नम्बर (एरिया कोड संलग्न गर्नुस्)		अन्य जानकारी	

**स्वीकृति:**  
म मेरो बारेमा गोप्य जानकारीहरू डीएसएचएसभित्र रहेर योजना बनाउन, प्रदान गर्न र सेवा, उपचार, भुक्तानी तथा मेरा लागि सुविधा वा कानूनद्वारा अधिकार दिइएको अन्य कुनै उद्देश्यका लागि प्रयोग गर्न अनुमति दिन्छु। म डीएसएचएस र तल सूचीकृत एजेन्सीहरू, प्रदायकहरू वा व्यक्तिहरूलाई मेरो गोप्य जानकारी प्रयोग गर्न र एक अर्कालाई निम्न उद्देश्यका लागि सार्वजनिक गर्न अनुमति दिन्छु। सूचनाहरू शाब्दिक रूपमा वा कम्प्युटर तथाङ्क वितरण, चिठी वा हातले बाँड्न सकिन्छ।  
यो स्वीकृतिमा समावेश भएका डीएसएचएसवाहकका सबैलाई चिह्न लगाउनुस् र नाम र ठेगानाबाट पहिचान गर्नुस्:

स्वास्थ्य हेरचाह प्रदायकहरू: \_\_\_\_\_

मानसिक स्वास्थ्य हेरचाह प्रदायकहरू: \_\_\_\_\_

रसायन आधारित सेवा प्रदायकहरू: \_\_\_\_\_

अन्य डीएसएचएस कन्ट्याक्ट प्रदायकहरू: \_\_\_\_\_

आवास कार्यक्रमहरू: \_\_\_\_\_

विद्यालय जिल्लाहरू वा कलेजहरू: \_\_\_\_\_

सुधार विभाग: \_\_\_\_\_

रोजगार सुरक्षा विभाग र यसका रोजगार साझेदारहरू: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा प्रशासन वा अन्य संघीय एजेन्सी: \_\_\_\_\_

हेर्नुस् संलग्न सूचि

अन्य: \_\_\_\_\_

म निम्न अभिलेख र जानकारीहरू बाँड्न अनुमति र स्वीकृति दिन्छु (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुस्):

मेरा सबै ग्राहक अभिलेखहरू

संलग्न सूचिका अभिलेखहरू

निम्न अभिलेखहरू मात्र

पारिवारिक, सामाजिक र रोजगार इतिहास

स्वास्थ्य हेरचाह जानकारी

भुक्तान अभिलेखहरू

व्यक्तिगत जाँच

अन्य (सूचि): \_\_\_\_\_

उपचार वा हेरचाह योजनाहरू

विद्यालय, शिक्षा र प्रशिक्षण

**कृपया नोट गर्नुस्: यदि तपाईंको ग्राहक अभिलेखमा निम्नमध्ये कुनै जानकारी समावेश छ भने ती अभिलेखहरू समावेश गर्न तपाईंले यो भाग पनि पूर्ण गर्नुपर्छ।**

म निम्न अभिलेखहरू खुला गर्न अनुमति दिन्छु (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुस्):

मानसिक स्वास्थ्य

एचआईभी/एड्स तथा एसटीडी परीक्षणका नतिजा, पहिचान र उपचार

रसायन आधारित (सीडी) सेवाहरू

- यो स्वीकृति मान्य छ  एक वर्षका लागि  जबसम्म डीएसएचएसलाई अभिलेखहरू आवश्यक पर्छका लागि  यतिसम्म \_\_\_\_\_ (मिति वा घटना).
- म यो स्वीकृति लिखित रूपमा कुनै पनि समयमा उल्ट्याउन वा फिर्ता लिन सक्छु, तर यसले पहिले नै बाँडिसकिएको जानकारीहरूलाई असर पार्ने छैन।
- मैले बुझेको छु कि यो स्वीकृतिअनुसार बाँडिएका अभिलेखहरू डीएसएचएसमा लागू हुने कानून अनुसार सुरक्षित नहुनसक्छन्।
- यो फारामको प्रतिलिपि अभिलेख बाँड्न मेरो अनुमतिको लागि वैध हुनेछ।

हस्ताक्षर	मिति	एजेन्सी सम्पर्क/साक्षी हस्ताक्षर	मिति
मातापिता वा अन्य प्रतिनिधिका हस्ताक्षर (यदि लागू हुन्छ भने)		टेलिफोन नम्बर (एरिया कोड पनि राख्नुस्)	मिति

अभिलेखमा उल्लिखित व्यक्ति यदि म हैन भने, म हस्ताक्षर गर्न योग्य छु किनभने म: (योग्यताको प्रमाण संलग्न)

मातापिता

कानुनी अभिभावक (अदालती आदेश संलग्न)

व्यक्तिगत प्रतिनिधि

अन्य: \_\_\_\_\_

**जानकारी पाउनेहरूलाई सूचना:** यदि यी अभिलेखहरूमा एचआईभी, एसटीडी, वा एड्ससम्बन्धी जानकारीहरू समावेश छन् भने तपाईंले ग्राहकको विशेष अनुमति बिना त्यो जानकारी थप खुला गर्नु हुन्न। यदि तपाईंले लागू औषध वा मदिरा दुर्व्यसनसँग सम्बन्धित जानकारीहरू ग्राहकबाट प्राप्त गर्नुभएको छ भने तपाईंले जानकारी थप खुला गर्नका लागि ४२ सीएफआर २.३२ को आवश्यकता अनुसार निम्न बयान समावेश गर्नुपर्छ:

यो जानकारी तपाईंलाई संघीय गोप्यता नियम (४२ सीएफआर भाग २) द्वारा सुरक्षित अभिलेखबाट दिइएको हो। संघीय नियमले तपाईंलाई यो जानकारी यसका धारक व्यक्तिको लिखित अनुमति बिना थप खुला गर्न प्रतिबन्ध लगाउँछ वा अन्यथा ४२ सीएफआर भाग २ बाट अनुमति दिइए अनुसार। मेडियल वा अन्य जानकारीका लागि सार्वजनिक गर्न सामान्य अनुमति यो उद्देश्यका लागि पर्याप्त हुन्न। संघीय नियमले अपराधिक जाँच गर्न वा मदिरा वा लागू औषध दुर्व्यसनीका विरामीलाई सजाय दिलाउन यी जानकारीको प्रयोग गर्न रोक लगाउँछ।