|  |  |
| --- | --- |
| ***မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ်*** |  |
| ***ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုရန် ခွင့်ပြုချက်*** |
| ကလေးအမည်- |       | မွေးသက္ကရာဇ်-  |       |
| ကလေး၏ ဆေးမှတ်တမ်း အမှတ်#-  |       |  |  |
| ကျွန်ုပ်၊  |       | (မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်) သည် |       |
|  *အထက်ဖော်ပြပါ ကလေး၏ မှတ်တမ်းများ (နှုတ်ဖြင့်/စာဖြင့် သို့မဟုတ် အီလက်ထရွန်နစ်နည်းဖြင့်)* မှ | *သတ်မှတ်ထားသော အချက်အလက်များကို* |
| အောက်ပါ (ပံ့ပိုးသူ/အေဂျင်စီ/ပုဂ္ဂိုလ်၏အမည်) ထံသို့/မှ ထုတ်ဖော်ခြင်းနှင့် ဖလှယ်ခြင်းကို ဤစာဖြင့် ခွင့်ပြုပါသည်- |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *လက်ခံသူ(များ) အမည်* |  | *လိပ်စာ* |  | *ဖုန်း* |  | *ဖက်စ် (ဆန္ဒအလျောက်)* |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *လက်ခံသူ(များ) အမည်* |  | *လိပ်စာ* |  | *ဖုန်း* |  | *ဖက်စ် (ဆန္ဒအလျောက်)* |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *လက်ခံသူ(များ) အမည်* |  | *လိပ်စာ* |  | *ဖုန်း* |  | *ဖက်စ် (ဆန္ဒအလျောက်)* |
| အောက်ပါရည်ရွယ်ချက်(များ) အတွက်– |       |
| ထုတ်ဖော်/ဖလှယ်မည့် သတ်မှတ်အချက်အလက်များ (သက်ဆိုင်ရာကိုရွေးချယ်ပါ)- |
| [ ]  မွေးစာရင်းများ/မှတ်တမ်း | [ ]  ကာယကုထုံး အကဲဖြတ်မှုများ | [ ]  ပညာရပ်ပေါင်းစုံ အကဲဖြတ်ချက်များ |
| [ ]  ကျန်းမာရေးနှင့် ဆေးမှတ်တမ်းများ | [ ]  အလုပ်အကိုင်ကုထုံး အကဲဖြတ် ချက်များ | [ ]  တစ်ဦးချင်း မိသားစုဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်များ [IFSPs] |
| [ ]  ဓာတ်ခွဲခန်းရလဒ်များ | [ ]  စကားပြောဆိုခြင်းနှင့် ဘာသာစကားအကဲဖြတ်ချက်များ | [ ]  သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုအခြေအနေ |
| [ ]  ဆေးရုံတက်ခြင်း/ ဆင်းခြင်းအကျဉ်းချုပ်များ | [ ]  ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်များ | [ ]  တိုးတက်မှုအစီရင်ခံစာများ/မှတ်တမ်းများ |
| [ ]  မျက်စိဆိုင်ရာအကဲဖြတ်ချက်များ | [ ]  အာဟာရဆိုင်ရာအကဲဖြတ်ချက်များ | [ ]  အခြား [သီးသန့်ဖော်ပြရန်]  |       |
| [ ]  အကြားအာရုံဆိုင်ရာ အကဲဖြတ် ချက်များ | [ ]  ပညာရေးဆိုင်ရာအကဲဖြတ်ချက်များ | [ ]  အခြား [သီးသန့်ဖော်ပြရန်]  |       |
| [ ]  လူမှုရေးမှတ်တမ်း | [ ]  စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်များ | [ ]  အခြား [သီးသန့်ဖော်ပြရန်]  |       |
| [ ]  ဖွံ့ဖြိုးမှုမှတ်တမ်း | [ ]  ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကဲဖြတ်ချက်များ | [ ]  တားမြစ်ချက်များ သတ်မှတ်ထားသော တောင်းဆိုချက်ကို ကြည့်ပါ  |
|  ဤခွင့်ပြုချက်သည် အောက်ပါရက်စွဲ၊ ဖြစ်ရပ် သို့မဟုတ် အခြေအနေတွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ကို နားလည်ပါသည်-  |       |
| **(တစ်နှစ်ထက်မကျော်ရ)** |
| သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့်ရက်စွဲ သို့မဟုတ် အခြေအနေကို သတ်မှတ်မထားပါက၊ ဤခွင့်ပြုချက်သည် ၎င်း၏ရည်ရွယ်ချက်အောင်မြင်စွာပြီးမြောက်ရန် လိုအပ်သောကာလအတွက် တစ်နှစ်အထိ အတည်ဖြစ်မည်ကို နားလည်ပါသည်။ သို့သော် ငွေကြေးဆိုင်ရာလုပ်ငန်းလည်ပတ်မှုများအတွက် ထုတ်ဖော်ခြင်းများတွင် ဤခွင့်ပြုချက်သည် ကန့်သတ်မထားဘဲ အတည်ဖြစ်မည်ကို နားလည်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ဤဖောင်အောက်ခြေရှိ *ရုပ်သိမ်းခြင်းကဏ္ဍ*တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။ ထို့အပြင် ဤခွင့်ပြုချက်ကို ရုပ်သိမ်းသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ ယူဆောင်ခဲ့သော မည်သည့်လုပ်ဆောင်ချက်မဆို တရားဝင်ပြီးအာဏာရှိကြောင်း နားလည်ပါသည်။ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အချက်အလက်တောင်းခံသူမှ ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ခြင်းမှ ကာကွယ်မည်မဟုတ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ သို့သော်၊ အကယ်၍ ဤအချက်အလက်များကို ဖက်ဒရယ် မူးယစ်ဆေးစွဲခြင်းဆိုင်ရာ လျှို့ဝှက်မှုစည်းမျဉ်းများဖြင့် ကာကွယ်ထားပါက၊ အချက်အလက်လက်ခံရရှိသူသည် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ အခြားသတ်မှတ်ချက်မရှိပါက ကျွန်ုပ်၏ နောက်ထပ်ရေးသားထားသော ခွင့်ပြုချက်မပါဘဲ ထိုအချက်အလက်များကို ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ခွင့်မရှိပါ။ကျွန်ုပ်၏မှတ်တမ်းတွင် HIV ပိုးကူးစက်မှု၊ AIDS သို့မဟုတ် AIDS နှင့်ဆက်စပ်သောအခြေအနေများ၊ အရက်စွဲခြင်း၊ မူးယစ်ဆေးစွဲခြင်း၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါဆိုင်ရာအခြေအနေများ သို့မဟုတ် ဗီဇဆိုင်ရာစစ်ဆေးမှုများနှင့်သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်ပြီး ဤထုတ်ဖော်ခြင်းတွင် ထိုအချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ခြင်းကို ကန့်သတ်ရန် တောင်းဆိုနိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန် ငြင်းဆိုနိုင်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်မထိုးပါက မွေးကင်းစ နို့စို့ကလေးအရွယ် အစီအစဉ်မှ ကုသမှုပေးခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ငြင်းပယ်ခွင့်မရှိကြောင်းလည်း နားလည်ပါသည်။ (သို့သော် အကယ်၍ ကုသမှုသည် သုတေသနနှင့်သက်ဆိုင်ပါက ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက ကုသမှုကို ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်း သတိပြုပါ။) ထို့အပြင် ဤလက်မှတ်‌ရေးထိုးထားသော ခွင့်ပြုချက်၏ မိတ္တူတစ်စုံကို ကျွန်ုပ်ရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။  |
|       |  |       |  |       |
| *မိဘ၊ လူနာ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၊ ကိုယ်‌ရေးကိုယ်တာကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်* |  | *ရက်စွဲ* |  | *တော်စပ်ပုံ/အခွင့်အာဏာ* |
|       |  |       |  |       |
| *သက်သေခံ၏လက်မှတ်* |  | *ရက်စွဲ* |  | *တော်စပ်ပုံ/အခွင့်အာဏာ* |
|

|  |
| --- |
|  |

 |
| **ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုရန် ခွင့်ပြုချက် - ရုပ်သိမ်းခြင်းကဏ္ဍ** |
| ကျွန်ုပ်သည် လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲတွင် *လက်မှတ်ရေးထိုးသူ/ ခွင့်ပြုချက်*လက်မှတ်ထိုးသူအမည်မှ |  |
|  | *လက်မှတ်ထိုးထားသော* |
| *ကလေး၏အမည်*- |       | မဟုတ်ဘူး |       |
|  | *ဖလှယ်ရန်/ထုတ်ဖော်ရန် ခွင့်ပြုချက်ကို* |  | *ဤစာဖြင့် ရုပ်သိမ်းရန် တောင်းဆိုပါသည်။* |
| စတင်အကျုံးဝင်မည့်ရက်စွဲ  |       | *(ရက်စွဲ)* |
| ရုပ်သိမ်းသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ ဤခွင့်ပြုချက်အရ ဆောင်ရွက်ခဲ့သော မည်သည့်လုပ်ဆောင်ချက်မဆို တရားဝင်ပြီး ဥပေဒေနှင့်ညီညွတ် ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ |
|       |  |       |  |       |
| *မိဘ၊ လူနာ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၊ ကိုယ်‌ရေးကိုယ်တာကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်* |  | *ရက်စွဲ* |  | *တော်စပ်ပုံ/အခွင့်အာဏာ* |
|       |  |       |  |       |
| *သက်သေခံ၏လက်မှတ်* |  | *ရက်စွဲ* |  | *တော်စပ်ပုံ/အခွင့်အာဏာ* |