|  |
| --- |
|  |

**انفینٹ کیئرگیور پروجیکٹ**

**ویڈیو جاری کرنے کا فارم**

آپ کو چائلڈ پیرنٹ سائیکو تھراپی (CPP) مداخلت کی تربیت میں شامل کیا جا رہا ہے۔ ہم آپ سے سیشن کی ویڈیو ریکارڈنگ کی اجازت طلب کر رہے ہیں۔ ویڈیو ریکارڈنگ درج ذیل مقصد کے لیے استعمال کیا جائے گا:

* مداخلت کو مؤثر طریقے سے نافذ کرنے کے لیے نگرانی فراہم کرنے۔

میں بذریعہ ہذا حق اور اجازت دیتا ہوں:

* نگرانی کے مقصد کے لیے سنٹر فار چائلڈ اینڈ فیملی ہیلتھ کے ساتھ ویڈیو ریکارڈ شدہ سیشنز کا اشتراک کریں۔

میں نے مذکورہ بالا کو پڑھ لیا ہے اور میں اس افشاء کو پوری طرح سمجھتا ہوں۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ یہ افشاء ایک سال تک اپنے مقصد کو پورا کرنے کے لیے درکار وقت تک مؤٹر رہے گی یا اگر میں اس فارم کے نچلے حصے میں تنسیخ سیکشن کو مکمل کر کے اس افشاء کو منسوخ کر دوں گا۔ میں مزید سمجھتا ہوں کہ منسوخی کی تاریخ سے پہلے اس افشاء پر کی گئی کوئی بھی کارروائی قانونی اور پابند کرنے والی ہے۔

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  |  |  | |
| بچے کا پہلا نام | | | | MI | آخری نام | | |  | تاریخ پیدائش | |  |
| والدین/سرپرست کے دستخط: | | |  | | | تاریخ: |  | | | |  |
| پتہ: |  | | | | | | | | | |  |
| شہر/ریاست/زپ کوڈ: | |  | | | | | | | | |  |
| گواہ: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تنسیخ کا سیکشن** | | | | |
| میں بذریعہ ہذا درخواست کرتا ہوں کہ اس افشاء کو منسوخ کر دیا جائے، جو اس تاریخ سے مؤثر ہے | | |  |  |
|  | | | *(تاریخ)* |  |
| والدین/سرپرست کے دستخط: |  | | |  |
| تاریخ: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |