|  |
| --- |
|  |

**NC ITP ဗီဒီယိုမှတ်တမ်းတင်ခြင်းနှင့် အချက်အလက်ထုတ်ပြန်ခွင့်ပြုရန် သဘောတူညီချက်**

ဤသဘောတူညီချက်သည် N.C ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဝန်ဆောင်မှုများဌာနနှင့် ၎င်း၏ဝန်ထမ်းများအား အဆိုပါအရာများအားရိုက်ကူးခြင်းနှင့် ခွင့်ပြုထားသောအသုံးပြုမှုမှ ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည့် မည်သည့်တာဝန်ယူမှုမှ ကင်းလွတ်စေရန် အထူးရည်ရွယ်ပါသည်။

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ကျွန်ုပ်သည် |  | | *(အမည်)* သည် | ဆက်သွယ်ရေးရုံးအား အောက်ပါတို့ကို | | |
| ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ | |  | | | (*CDSA Name*) |

*(သင့်လျော်သော ဖော်ပြချက်(များ)ကို အမှန်ခြစ်ပါ)* အား *ရယူခွင့်* သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုရန် ဤစာဖြင့် အာဏာအပ်နှင်းပါသည်

ဓာတ်ပုံများ  ရုပ်ရှင်/ဗီဒီယိုတိပ်ခွေ  တွေ့ဆုံမေးမြန်းခန်း  အသံသွင်းခြင်း

ကျွန်ုပ်သည် အထက်ဖော်ပြပါအမည်ရှိသူ/အဖွဲအစည်းအား ဤအစီအစဉ်မှ ထွက်ရှိလာသည့် အကြောင်း အရာများကို အောက်ဖော်ပြပါ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုခွင့် သို့မဟုတ် ထိုအကြောင်းအရာများ ကို *အသုံးပြု*နိုင်ရန် အခြားပုဂ္ဂိုလ်များအား ခွင့်ပြုနိုင်သောအာဏာပေးရန် သဘောတူပါသည် (သင့်လျော်သော အမျိုးအစားများကို အမှန်ခြစ်ပါ)။

 ပညာပေးစာပေများ

 သုတေသနပစ္စည်းများ/စာပေများ

 ကြော်ငြာ

 ဌာန ဝက်ဘ်ဆိုက်

 ဌာနမှထုတ်ဝေသောစာပေများ

 ပုံနှိပ် သို့မဟုတ် အသံလွှင့်မီဒီယာ

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကြီးကြပ်မှု

အထောက်အထားအခြေပြု လက်တွေ့ကျင့်သုံးမှုများအတွက် နည်းပြခြင်း

သက်ဆိုင်ပါက-  ကျွန်ုပ်အား အမည်ဖြင့် မခွဲခြားရန်အခြေအနေပေါ်တွင် အထက်ပါအချက်ကို ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။

*ဗီဒီယိုမှတ်တမ်းများသည် ကလေး၏ကာကွယ်ထားသော လျှို့ဝှက်မှတ်တမ်းများတွင် ပါဝင်ပြီး NC ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုဝန်ထမ်းဌာန (NC DHHS) ၏ မှတ်တမ်းထိန်းသိမ်းရေးမူဝါဒအရ သိမ်းဆည်းခြင်းနှင့် ဖျက်ဆီးခြင်းပြုလုပ်မည်ဖြစ်သည်။*

ကျွန်ုပ်သည် အထက်ပါအချက်များကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ကာ ဤထုတ်ပြန်မှုပုံစံဖောင်ကို အပြည့်အဝနားလည် ပါသည်။ ဤထုတ်ပြန်ချက်သည် ၎င်း၏ရည်ရွယ်ချက်ပြည့်မီရန် လိုအပ်သောကာလအတွက် တစ်နှစ်အထိ အကျုံးဝင်မည်ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က ဤဖောင်၏အောက်ခြေရှိ ရုပ်သိမ်းခြင်းကဏ္ဍကို ဖြည့်စွက်၍ ရုပ်သိမ်းပါက သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ကို နားလည်ပါသည်။ ထို့အပြင် ရုပ်သိမ်းသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ ဤထုတ်ပြန်ချက်အရဆောင်ရွက်ခဲ့သော မည်သည့်လုပ်ဆောင်ချက်မဆို တရားဝင်ပြီး ဥပဒေနှင့် အညီဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | |
| ကလေး၏ ပထမအမည်စာလုံး | | | | | MI | အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး | | | | မွေးသက္ကရာဇ် | | | |  |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- | | | |  | | | ရက်စွဲ- | | | | |  | |  |
| လိပ်စာ- |  | | | | | | | | | | | | |  |
| မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်ကုဒ်- | | |  | | | | | | | | | | |  |
| သက်သေခံ– | |  | | | | | | ရက်စွဲ- | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ရုပ်သိမ်းခြင်း ကဏ္ဍ** | | | | |
| ကျွန်ုပ်သည် ဤထုတ်ပြန်ချက်အား အောက်ပါရက်စွဲမှ စတင်၍ ရုပ်သိမ်းရန် ဤစာဖြင့် တောင်းဆိုပါသည် | | |  |  |
|  | | | *(ရက်စွဲ)* |  |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- |  | | |  |
| ရက်စွဲ- |  |  | |  |
|  |  |  | |  |