|  |
| --- |
|       |

**उत्तरी केरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम**

**स्वास्थ्य सूचना के उपयोग और प्रकटीकरण पर प्रतिबंध के लिए अनुरोध**

|  |
| --- |
|  |
| पहचान |
| बच्चे का नाम |       | जन्म की तारीख |       |
|  | महीना/दिन/वर्ष |
| बच्चे की सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक): |       |
| माता-पिता/कानूनी अभिभावक का पता: |  |
|       |       |       |     |       |
| गली | अपार्टमेंट | शहर | राज्य |  | ज़िप  |
|  |
| माता-पिता/कानूनी अभिभावक के घर का फोन # |       | काम का फोन # |       |
|  |
| अनुरोध |
| **मैं समझता हूं कि मैं अपने बच्चे की स्वास्थ्य जानकारी के विशिष्ट उपयोगों और प्रकटीकरण पर प्रतिबंध लगाने का अनुरोध कर सकता हूं। इस प्रकार, मैं निम्नलिखित परिस्थितियों में इस एजेंसी या प्रदाता द्वारा बनाई गई या बनाए रखी गई मेरी या मेरे बच्चे की स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग और प्रकटीकरण पर प्रतिबंध लगाने का अनुरोध करता हूं:** |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर |  | तारीख |
|       |  |  |
| कानूनी अभिभावक संबंध / प्राधिकरण  |  |

|  |
| --- |
|  |
| ***This Section for Agency Use Only*** |
| [ ] Request APPROVED |
| Agency Requirements | [ ]  Notification to staff of restrictions |
|  | [ ]  Notification to other agencies, as needed  |
|  |  |
| [ ]  Request DENIED |  |
| Reason for Denial: | [ ]  May prevent or delay effective treatment. |
|  | [ ]  Disclosure required by law |
|  | [ ]  Other |
|       |  |       |  |       |
| By Staff |  | Title |  | Date |