|  |
| --- |
|  |

***نارتھ کیرولائنا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام***

***کی صحت کی معلومات کے استعمال اور انکشافات پر پابندیوں کی درخواست***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| شناخت | | | | | | | | | | | | | |
| بچے کا نام: |  | | | تاریخ پیدائش: | |  | | | بچے کا SSN (اختیاری): | | |  | |
|  | | | | | | *MM/DD/YYYY* | | | | | | | |
| والدین/قانونی سرپرست کا پتہ: | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | |  |
| اسٹریٹ | | | | | اپارٹمنٹ # | | شہر | | | | ریاست | | زپ |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| والدین/قانونی سرپرست گھر کا فون # | |  | | | | | | کام کا فون # | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| درخواست | | | | | | | | | | | | | |
| **میں سمجھتا ہوں کہ میں اپنے بچے کی صحت کی معلومات کے مخصوص استعمال اور افشاء پر پابندیوں کی درخواست کر سکتا ہوں۔ اس طرح، میں اس کے ذریعے اپنی یا اپنے بچے کی صحت کی معلومات کے استعمال اور افشاء پر پابندی کی درخواست کرتا ہوں جو اس ایجنسی یا فراہم کنندہ کے ذریعہ درج ذیل حالات میں بنائی یا برقرار رکھی گئی ہے:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| والدین/قانونی سرپرست کے دستخط |  | تاریخ |
|  |  |  |
| قانونی سرپرست رشتہ/ اختیار |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| ***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 | |
|  | | | | | | |