|  |
| --- |
|  |

अटैचमेंट एंड बायोबिहेवियरल कैच-अप (ABC)

उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम (NC ITP)

**इस अनुमोदन का उद्देश्य सीधे एनसी स्वास्थ्य उत्तरी कैरोलिना (एनसी) में और मानव सेवा विभाग (उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम (N.C. DHHS) और इसके कर्मचारियों को किसी भी और सभी दायित्वों से मुक्त करना है जो सामग्री लेने और अधिकृत उपयोग के परिणामस्वरूप हो सकता है।**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| मैं |  | | *(नाम)* | मैं इसके द्वारा संचार कार्यालय को अधिकृत करता हूं | |
| प्राप्त करना या अनुमति देना: | |  | | | (*CDSA* नाम) |

मेरे/मेरे बच्चे *की* ओर से निम्नलिखित के लिए (उपयुक्त विवरण देखें)

फोटो  फिल्म/वीडियोटेप  साक्षात्कार  साक्षात्कार

मैं मंजूर हूं कि उपरोक्त व्यक्ति इन लोगों के लिए नीचे वर्णित किसी भी सुझाए गए आइटम के लिए सामग्री का उपयोग कर सकते हैं या अन्य लोगों को सामग्री का उपयोग करने की अनुमति दे सकते हैं (उचित श्रेणियों की जांच करें)

 शैक्षिक प्रकाशन

 अनुसंधान सामग्री/प्रकाशन

 विज्ञापन देना

 विभाग की वेबसाइट

 विभाग प्रकाशन

 प्रिंट या प्रसारण मीडिया

 परिवार को दिए जाने वाले ABC वीडियो मोंटाज का निर्माण

यदि लागू हो:  मैं उपरोक्त से सहमत हूं बशर्ते कि मेरी पहचान नाम से न हो।

*वीडियो बच्चे के संरक्षित, गोपनीय रिकॉर्ड का हिस्सा हैं और (उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम (NC ITP) रिकॉर्ड प्रतिधारण नीति के अनुसार बनाए रखा और नष्ट कर दिया जाएगा।*

मैंने उपरोक्त को पढ़ लिया है और इस अस्वीकरण प्रपत्र को पूरी तरह से समझ लिया है। मैं यह भी समझता हूं कि यह अस्वीकरण प्रपत्रएक वर्ष तक अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समय की अवधि के लिए प्रभावी रहेगा, या यदि आप इस अस्वीकरण प्रपत्रके नीचे रद्दीकरण अनुभाग को पूरा करके इस फॉर्म को रद्द करते हैं। मैं यह भी समझता हूं कि निरस्तीकरण की तारीख से पहले इस फॉर्म पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  | |  | | |  | |
| बच्चे का पहला नाम | | | | प्रबंधन सूचना (एमआई) | अंतिम नाम | | | | जन्म की तारीख | | | |  |
| माता - पिता /अभिभावक के हस्ताक्षर: | | | |  | | तारीख: | | | | |  | |  |
| पता: | |  | | | | | | | | | | |  |
| शहर (\*): राज्य (\*): ज़िप कोड: | | |  | | | | | | | | | |  |
| गवाह: |  | | | | | | तारीख: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **निरसन अनुभाग** | | | | |
| मैं इसके द्वारा अनुरोध करता हूं कि इस अस्वीकरण प्रपत्रको रद्द कर दिया जाए | | |  |  |
|  | | | *(तारीख*) |  |
| माता - पिता /अभिभावक के हस्ताक्षर: |  | | |  |
| तारीख: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |