|  |
| --- |
|  |

**वीडियो रिकॉर्डिंग और सूचना जारी करने के लिए NC ITP की सहमति**

इस सहमति का स्पष्ट उद्देश्य N.C. स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग तथा उसके कार्मिकों को सामग्री लेने तथा उसके अधिकृत उपयोग से उत्पन्न होने वाली किसी भी और सभी देयताओं से मुक्त करना है।

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| मैं *(ग्राहक या व्यक्तिगत* प्रतिनिधि) |  | *(नाम)* | इसके द्वारा संचार कार्यालय को निम्न को प्राप्त करने या अनुमति देने | |
| के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ: |  | | | (*CDSA नाम*) |

मेरे/मेरे बच्चे के बारे में निम्नलिखित जानकारी *प्राप्त करने* के का *(उपयुक्त विवरण देखें)*

फ़ोटो  फ़िल्म/वीडियोटेप  साक्षात्कार  आवाज़ की रिकॉर्डिंग

मैं इस बात से सहमत हूं कि उपर्युक्त व्यक्ति इस सत्र से उत्पादित सामग्री का *उपयोग* नीचे उल्लिखित किसी भी प्रस्ताव के लिए कर सकते हैं या अन्य व्यक्तियों को उपयोग करने की अनुमति दे सकते हैं (उपयुक्त श्रेणियों को चिह्नित करें)।

शैक्षिक प्रकाशन

शोध सामग्री/प्रकाशन

विज्ञापन करना

विभाग की वेबसाइट

विभाग प्रकाशन

प्रिंट या प्रसारण मीडिया

नैदानिक पर्यवेक्षण

साक्ष्य-आधारित प्रथाओं के लिए कोचिंग

लागू होने पर:  मैं उपरोक्त बात से इस शर्त पर सहमत हूं कि मुझे नाम से नहीं पहचाना जाएगा।

*वीडियो बच्चे के संरक्षित, गोपनीय रिकॉर्ड का हिस्सा हैं और उन्हें NC DHHS रिकॉर्ड प्रतिधारण नीति के अनुसार बनाए रखा जाएगा और नष्ट कर दिया जाएगा।*

मैंने उपरोक्त को पढ़ लिया है और मैं इस रिलीज़ को पूरी तरह समझता/समझती हूं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि यह रिलीज़ अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए आवश्यक समयावधि तक प्रभावी रहेगी, जो एक वर्ष तक होगी या तब तक हब मैं इस फ़ॉर्म के नीचे निरस्तीकरण अनुभाग को पूरा करके इस रिलीज़ को रद्द कर देता/देती हूं। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि निरस्तीकरण तिथि से पहले इस रिलीज़ पर की गई कोई भी कार्रवाई कानूनी और बाध्यकारी है।

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  | |  |  |
| बच्चे का पहला नाम | | | | MI | सरनेम | | | | जन्म तिथि | |  |
| माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर: | | |  | | | तिथि: | | | |  |  |
| पता: |  | | | | | | | | | |  |
| शहर/राज्य/ज़िप कोड: | |  | | | | | | | | |  |
| गवाह: |  | | | | | | तिथि: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **निरसन अनुभाग** | | | | |
| मैं अनुरोध करता/करती हूं कि इस रिलीज़ को | |  | |  |
|  | | *(तिथि)* | |  |
| माता-पिता/संरक्षक के हस्ताक्षर: |  | | |  |
| तिथि: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |