|  |
| --- |
|       |

***उत्तरी कैरोलिना इंफै़ंट-टॉडलर कार्यक्रम***

***स्वास्थ्य सूचना के उपयोग और प्रकटीकरण पर प्रतिबंध लगाने का अनुरोध***

|  |
| --- |
|  |
| पहचान |
| बच्चे का नाम: |       | जन्मतिथि: |       | बच्चे का SSN (वैकल्पिक): |       |
|  | *माह/दिन/वर्ष* |
| माता-पिता/कानूनी अभिभावक का पता: |  |
|       |       |       |     |       |
| गली | अपार्टमेंट# | शहर | राज्य |  | ज़िप |
|  |
| माता-पिता/कानूनी अभिभावक के घर का फ़ोन नंबर # |       | ऑफ़िस का फ़ोन # |       |
|  |
|  |
| अनुरोध |
| **मैं समझता/समझती हूं कि मैं अपने बच्चे की स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के निर्दिष्ट उपयोगों और प्रकटीकरणों पर प्रतिबंध लगाने का अनुरोध कर सकता/सकती हूं। इस प्रकार, मैं निम्नलिखित परिस्थितियों में इस एजेंसी या प्रदाता द्वारा बनाई या रखी गई मेरी या मेरे बच्चे की स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के उपयोग और प्रकटीकरण पर प्रतिबंध लगाने का अनुरोध करता/करती हूं:** |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

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

|  |
| --- |
|  |
| ***यह अनुभाग सिर्फ़ एजेंसी के उपयोग के लिए है*** |
| [ ]  अनुरोध स्वीकृत |
| एजेंसी की आवश्यकताएं | [ ]  कर्मचारियों को प्रतिबंधों की सूचना |
|  | [ ]  आवश्यकतानुसार अन्य एजेंसियों को अधिसूचना  |
|  |  |
| [ ]  अनुरोध अस्वीकृत |  |
| अस्वीकृति का कारण: | [ ]  प्रभावी उपचार में बाधा या देरी हो सकती है। |
|  | [ ]  कानून द्वारा प्रकटीकरण आवश्यक है |
|  | [ ]  अन्य |
|       |  |       |  |       |
| स्टाफ़ द्वारा |  | शीर्षक |  | तिथि |
|  |