

لفظی رضامندی کی وصولی کا اقرارنامہ

COVID-19 کے جواب میں، افراد کار/ادارے اس بات کے مجاز ہیں کہ وہ لفظی رضامندی موصول ہوجانے پر طبی معاونت کے لئے درخواست دہندوں کو معاونت فراہم کریں۔ **زبانی رضامندی فارم کی وصولیابی کی تصدیق ورجینیا کی 14(e)1902 چھوٹ کی میعاد ختم ہونے تک درست رہے گا۔**

- اس فارم کا استعمال کسی فرد/ ادارہ کے تئیں کسی درخواست دہندہ کے لفظی منظوری کی تفویض کو ضبط تحریر میں لانے کے لئے کیا جاتا ہے۔ یہ لفظی رضامندی طبی معاونت کے لئے ایک درخواست کی تکمیل اور سبشن سے مشروط ہے۔ اس فارم کا استعمال درخواست میں معاونت کرنے والے، نیویگیٹرز، اور سرٹیفائیڈ ایپلیکیشن کاؤنسلرز (CACs) جیسے افراد کار یا اداروں کے ذریعہ کیا جانا چاہئے۔

درخواست دہندہ کا نام:

اپارٹمنٹ نمبر:

پتہ:

زپ:

صوبہ:

شہر:

لفظی منظوری کی تاریخ:

فون نمبر:

اس فارم کو طبی معاونت کی درخواست کے ساتھ جمع کیا جانا چاہئے۔ درخواست کی کارروائی کو مکمل کرنے کے لئے اس فارم کی ضرورت پڑتی ہے۔
فارم کی ضرورت پڑتی ہے۔

• اگر www.commonhelp.virginia.gov پر آن لائن درخواست دے رہے ہیں، تو درخواست کے ساتھ رضامندی کے اس فارم کو اپ لوڈ اور پیش کریں۔

• CommonHelp ایپلیکیشن کے کمنٹ سیکشن میں درج کریں "اس درخواست کو درخواست دہندہ کی جانب سے لفظی رضامندی کے ساتھ فائل کیا جا رہا ہے۔"

• درخواست میں معاونت کرنے والوں کو ابھی بھی CommonHelp میں موزوں سیکشنز کو مکمل کرنے کی ضرورت ہوتی ہے

• اگر کور ورجینیا کال سینٹر کو (TDD: 1-888-221-1590) 1-855-242-8282 پر کال کر رہے ہیں، تو کال سینٹر کا نمائندہ رضامندی کے اس فارم کو جمع کرنے کی ہدایات فراہم کرے گا اور ضبط تحریر میں لائے گا کہ "اس درخواست کو لفظی رضامندی کے ساتھ جمع کیا جا رہا ہے اور اقرارنامہ فارم کی تکمیل کے لئے ہدایات اس فرد کو دی جا چکی ہیں۔"

• اگر اپنے مقامی ڈپارٹمنٹ آف سوشل سروسز کے پاس کاغذی درخواست جمع کر رہے ہیں، تو کاغذی درخواست کے ساتھ اس رضامندی فارم کو جمع کریں۔ درخواست میں معاونت کرنے والوں کو ابھی بھی ضمیمہ C مکمل کرنے کی ضرورت ہوتی ہے

اس فارم پر آپ کا دستخط تصدیق کرتا ہے:

• درخواست میں معاونت کرنے والے کے طور پر آپ کے کردار اور ذمہ داریوں کے بارے میں درخواست دہندہ کو مطلع کر دیا گیا تھا اور وہ اس بات کو سمجھتا ہے۔

• درخواست دہندہ نے آپ کو وفاقی اور ریاستی قوانین اور ضوابط کے ذریعہ مجاز کردہ درخواست میں معاونت کرنے والے کے کردار اور ذمہ داریوں کو انجام دینے کے لئے ذاتی معلومات تخلیق کرنے، جمع کرنے، ظاہر کرنے، رسائی حاصل کرنے، برقرار رکھنے، ذخیرہ کرنے اور/یا استعمال کرنے کی اجازت دی ہے۔

• درخواست دہندہ سمجھتا ہے کہ یہ آپ کو طبی معاونت کے لئے درخواست کو مکمل کرنے، دستخط کرنے اور اس پر عمل کرنے کا محدود اختیار دیتا ہے۔ درخواست دہندہ کے مجاز نمائندہ کے طور پر تقرری کے لئے اضافی تحریری رضامندی اور اجازت درکار ہے۔

• درخواست دہندہ سمجھتا ہے کہ یہ زبانی رضامندی ڈپارٹمنٹ آف سوشل سروسز اور/یا ڈپارٹمنٹ آف میڈیکل اسسٹنس سروسز کو آپ/اور آپ کی تنظیم کو معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا ہے۔

• درخواست دہندہ سمجھتا ہے کہ اس اجازت نامہ کو کسی بھی وقت منسوخ کیا جا سکتا ہے۔

• درخواست دہندہ کو رضامندی کے اس فارم کی ایک کاپی موصول ہو چکی ہے۔

آپ کا دستخط اس بات کی تصدیق کرتا ہے، حلفیہ بیان، کہ اس فارم اور متعلقہ درخواست میں فراہم کردہ معلومات آپ کے بہترین علم کے مطابق صحیح اور درست ہیں۔ اگر غلط یا جھوٹی معلومات فراہم کرتے ہیں تو آپ وفاقی قانون کے تحت جرمانہ کے حقدار ہو سکتے ہیں۔

آپ کا نام:

تنظیم کا نام:

سونٹ نمبر:

تنظیم کا پتہ:

زپ:

صوبہ:

شہر:

فون نمبر:

تاریخ:

دستخط: