

نیو یارک اسٹیٹ
آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز
بچوں کی خدمات خفیہ معلومات کا اجراء
نیو یارک اسٹیٹ کمیشن فار دی بلائنڈ

شرکت کنندہ کا نام: _____

میں اس کے ذریعے نیو یارک اسٹیٹ کمیشن فار دی بلائنڈ (New York State Commission for the Blind, NYSCB) کو مندرجہ ذیل ضروری معلومات حاصل کرنے یا جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں تاکہ میری اولاد کے لئے بچوں کی خدمات کی فراہمی کی مؤثر طریقے سے منصوبہ بندی کی جا سکے۔ میں اس اجراء کے بارے میں اپنا ذہن تبدیل کر سکتا/سکتی ہوں، سوائے میری اجازت سے پہلے سے کیے گئے اقدامات کے، NYSCB کو تحریری طور پر بتا کر کہ میں نہیں چاہتا/چاہتی کہ مزید معلومات فراہم کی جائیں۔ جب تک میرا بچہ NYSCB کی خدمات حاصل نہیں کر رہا ہے تب تک یہ معلومات جاری کرنے یا حاصل کرنے کی میری اجازت درست ہے۔

معلومات کی قسم: _____

مقصد اور وجہ کی معلومات درکار ہیں: _____

یہ معلومات جاری کرنے والا شخص:

عہدہ: _____

پہلا نام: _____

آخری نام: _____

گلی: _____

سویٹ/اپارٹمنٹ: _____

شہر: _____

ریاست: _____

زپ کوڈ: _____

ایجنسی: _____

یہ معلومات حاصل کرنے والا شخص:

عہدہ: _____

پہلا نام: _____

آخری نام: _____

گلی: _____

سویٹ/اپارٹمنٹ: _____

شہر: _____

ریاست: _____

زپ کوڈ: _____

ایجنسی: _____

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مخصوص معلومات مراعات یافتہ اور خفیہ ہیں اور ان افراد اور ایجنسیوں یا فیسبلٹی کے ملازمین کے خصوصی استعمال کے لیے ہیں جو میرے بچے کی خدمات کے پروگرام میں شامل ہیں۔

تاریخ

والدین/سرپرست کا دستخط