

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

عملہ، رضاکار، اور گھریلو ممبر کا طبی بیان
بچوں کی دیکھ بھال کے پروگرامز

ہدایات:

- اس فارم کے دونوں اطراف پر دستخط کی ضرورت ہے۔ اگر واحد کردار گھر کا رکن ہے تو، پہلے صفحے پر مکمل کریں۔
- صرف صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا (معالج، معالج معاون، نرس پریکٹیشنر) میڈیکل اسٹیٹس سیکشن کو مکمل / دستخط کرسکتا ہے۔
- ایک رجسٹرڈ نرس میڈیکل اسٹیٹس سیکشن پر دستخط کرنے کی مجاز نہیں ہے لیکن TB ٹیسٹ کی معلومات پر دستخط کر سکتی ہے۔
- صحت کی دیکھ بھال کا پیشہ ور اس وقت تک مساوی فارم استعمال کرسکتا ہے جب تک کہ اس فارم پر معلومات شامل ہوں۔
- ریورس سائیڈ پر ٹیویرکلن ٹیسٹ کے بارے میں اضافی ہدایات دیکھیں۔
- براہ کرم صاف پرنٹ کریں۔

میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے اس دستاویز میں موجود کسی بھی معلومات کو جعلی یا تبدیل نہیں کیا ہے۔ میں جانتا ہوں کہ جعلی یا تبدیل شدہ دستاویزات جمع کرنا اور / یا رکھنا جرم بن سکتا ہے۔ ممکنہ طور پر مجرمانہ مقدمے کے تابع ہونے کے علاوہ، ایسی دستاویزات جمع کرانے اور / یا رکھنے والے کسی بھی پروگرام کو نیو یارک اسٹیٹ آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز کی طرف سے جرمانے، اور / یا اندراج لائسنس یا رجسٹریشن سے انکار یا منسوخی کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔

سہولت کی ID نمبر:	پروگرام کا نام:
پیدائش کی تاریخ:	شخص کا نام:
/ /	

تمام پروگرام	ڈے کینر سینٹر، اسکول کی عمر کے بچوں کی دیکھ بھال، قانونی طور پر مستثنیٰ گروپ پروگرام	فیملی ڈے کینر، گروپ فیملی ڈے کینر، چھوٹے ڈے کینر سینٹرز	پروگرام کی قسم:
<input type="checkbox"/> ملازم <input type="checkbox"/> رضاکار	<input type="checkbox"/> ڈائریکٹر <input type="checkbox"/> گروپ استاد <input type="checkbox"/> اسسٹنٹ ٹیچر	<input type="checkbox"/> متبادل <input type="checkbox"/> گھر کے رکن (GFDC/FDC)	<input type="checkbox"/> فراہم کنندہ <input type="checkbox"/> اسسٹنٹ <input type="checkbox"/> رول:

بچوں کے دن کی دیکھ بھال کے عام فرائض

- بچوں کو اٹھانا اور لے جانا
- بچوں کے ساتھ قریبی رابطہ
- بچوں کی براہ راست نگرانی
- گاڑی کا ڈرائیور
- کھانے کی تیاری
- ڈیسک کام
- سہولت کی دیکھ بھال
- ہنگامی صورتحال میں بچوں کا انخلاء

مندرجہ ذیل صرف صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا

طبی حیثیت

مندرجہ بالا شخص کے بارے میں میرے علم کے مطابق، میں نے پایا کہ:			
وہ فی الحال ایک متعدی بیماری کی علامات ظاہر کر رہے ہیں جو دیکھ بھال میں بچوں کی صحت اور حفاظت کے لئے خطرہ پیدا کرے گا۔	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں	
ان کے پاس تشخیص شدہ نفسیاتی یا جذباتی عارضہ ہے جو دیکھ بھال میں بچوں کی صحت اور حفاظت کے لئے خطرہ پیدا کرے گا۔	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں	
ان کی ایک جسمانی حالت ہے جو انہیں اوپر بیان کردہ عام بچوں کے دن کی دیکھ بھال کے فرائض فراہم کرنے سے روکے گی۔	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> دستیاب نہیں (اگر صرف کردار رضاکارانہ یا گھریلو رکن ہے)
کسی بھی "ہاں" جوابات کے لئے، پابندیوں کی وضاحت اور / یا اشارہ کریں:			

عنوان

دستخط (معالج، معالج کا اسسٹنٹ، نرس پریکٹیشنر)

/ /

امتحان کی تاریخ

نام (براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں یا آفس اسٹیٹپ استعمال کریں)

/ /

دستخط کی تاریخ

فون

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
عملہ، رضاکار، اور گھریلو ممبر کا طبی بیان
بچوں کی دیکھ بھال کے پروگرامز

سہولت کی ID نمبر:	پروگرام کا نام:
پیدائش کی تاریخ:	شخص کا نام:

ہدایات:

- خاندان پر مبنی پروگرام میں گھر کے ارکان جن کا کوئی دوسرا کردار نہیں ہے انہیں ٹیوبرکولین ٹیسٹ کروانے کی ضرورت نہیں ہے اور اس صفحے کو مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ قانونی طور پر مستثنیٰ پروگرام میں کردار رکھنے والے کسی بھی شخص کو ٹیوبرکولین ٹیسٹ مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔
- صحت کی دیکھ بھال کے پیشہ ور (معالج، معالج معاون، نرس پریکٹیشنر) یا صحت کی دیکھ بھال کی سہولت میں اپنے فرائض کے حصے کے طور پر ایک رجسٹرڈ نرس، ٹیوبرکلن ٹیسٹ انفارمیشن سیکشن میں نتائج درج کرسکتے ہیں اور اس صفحے پر دستخط کرسکتے ہیں۔
- قابل قبول ٹیوبرکلن ٹیسٹ میں منٹوکس یا دیگر وفاقی طور پر منظور شدہ ٹیوبرکلن ٹیسٹ شامل ہیں۔
- براہ کرم صاف پرنٹ کریں۔

مندرجہ ذیل صرف صحت کی دیکھ بھال کے پیشہ ور افراد کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا

ٹیوبرکولین ٹیسٹ کی معلومات

ٹیسٹ مکمل ہوا

ٹیسٹ پڑھا گیا: / /
(ماہ/دن/سال)

ٹیسٹ نتیجہ: مثبت منفی _____ ماہ

اگر مثبت ہے، تو کیا بچوں کی دیکھ بھال میں داخل بچوں کے ساتھ اس شخص کا رابطہ بچوں کی صحت اور حفاظت کے لئے خطرہ پیدا کرتا ہے؟
 ہاں نہیں

ٹیسٹ مکمل نہیں ہوا

ٹیسٹ نہیں کیا گیا۔ وجہ بتائیں:

طبی استثنیٰ یا اختلافات

اگر ٹیسٹ کا نتیجہ پہلے مثبت تھا، تو تاریخ بتائیں: / /
(ماہ/دن/سال)

اگر پہلے ہی مثبت ہے، تو کیا بچوں کی دیکھ بھال میں داخل بچوں کے ساتھ اس شخص کا رابطہ بچوں کی صحت اور حفاظت کے لئے خطرہ پیدا کرتا ہے؟
 ہاں نہیں

دستخط (معالج، معالج معاون، نرس پریکٹیشنر یا رجسٹرڈ نرس)

عنوان

نام (براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں یا آفس اسٹیمپ استعمال کریں)

/ /

() -

تاریخ

فون

فارم واپس کرنے کے پروگراموں کے لئے ہدایات:

- **GFDG/FDC** پروگرامز—اس مکمل فارم کو اپنے لائسنس دہندہ یا رجسٹرار کو واپس کریں۔
- **DCC/SACC** پروگرامز—ڈائریکٹرز—اس مکمل فارم کو اپنے لائسنس دہندہ یا رجسٹرار کو واپس کریں؛ دیگر تمام عملہ اس فارم کو جانچ پڑتال کے لئے ڈائریکٹر کو واپس کر دیتا ہے۔
- قانونی طور پر مستثنیٰ گروپ پروگراموں کے ڈائریکٹرز—اس فارم کو اپنی اندراج ایجنسی کو واپس کریں۔
- قانونی طور پر مستثنیٰ پروگراموں میں ملازمین اور رضاکار—اس فارم کو اپنے ڈائریکٹر کو واپس کریں