

نیویارک ریاست  
آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز  
**والدین کے رشتے والے تشخیص کا عہدہ**  
نیویارک اسٹیٹ جنرل واجبات قانون کے سیکشن 1551-5 کے مطابق۔

1. میں، \_\_\_\_\_، یہاں بیان کرتا ہوں کہ میں اس کا والد/کی والدہ ہوں نیچے بچے/بچوں/معذور شخص (اشخاص) کا نام ہے اور اب کسی بھی دائرہ اختیار میں عدالتی احکامات نافذ نہیں ہو رہے ہیں جو مجھے اس اختیار کا استعمال کرنے سے روکتا ہو جس کی میں اب اختیار دینے کی کوشش کرتا ہوں۔
2. وہ پتہ اور ٹیلیفون نمبر (نمبرز) جس کے ذریعہ اس عہدہ کے ربتے ہوئے مجھ سے رابطہ کیا جاسکتا ہے وہ یہ ہے:

پتہ: \_\_\_\_\_

ٹیلیفون: گھر ( ) دفتر ( )  
دیگر ( )

3. میں عارضی طور پر نیویارک کے \_\_\_\_\_ سال کے باشندے کے سپرد کر رہا ہوں،

جس کا \_\_\_\_\_ ٹیلی فون نمبر یہ ہے \_\_\_\_\_ مندرجہ ذیل بچے/بچوں/معذور شخص (اشخاص) کی دیکھ بھال: ( )

نام:	تاریخ پیدائش:
نام:	تاریخ پیدائش:
نام:	تاریخ پیدائش:
نام:	تاریخ پیدائش:

4. اس فارم کے تحت والدین کے رشتے والے شخص کو جو بھی اختیار دیا گیا ہے وہ درست ہوگا (مناسب باکس چیک کریں اور اپنے مختصر دستخط کے ساتھ نشان زد کریں):

- a. اس عہدہ کے دستخط کی تاریخ سے لے کر 12 مہینوں تک، یا منسوخ ہونے کی تاریخ تک، جو بھی پہلے آ جائے، (تمام فریقوں کے پتے اور ٹیلیفون نمبرز شامل ہونے چاہئیں اور نوٹری پبلک کی موجودگی میں تمام فریقوں کے دستخط ہونے چاہئیں)؛ یا
- b. اس عہدہ کے دستخط کی تاریخ سے 30 دنوں تک، یا منسوخ ہونے کی تاریخ تک، جو بھی پہلے آ جائے؛ یا
- c. از \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (تاریخ) تا اور بشمول \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (تاریخ)، یا منسوخ ہونے کی تاریخ تک، جو بھی پہلے آ جائے؛ یا

d. شروع ہو رہا ہے

(اسٹیٹ ایونٹ) اور جاری ہے تا \_\_\_\_\_ یا منسوخ ہونے کی تاریخ تک، جو بھی پہلے آ جائے۔

5. جہاں تک مذکورہ بالا نامزد بچے/بچوں/معذور شخص (اشخاص) کا تعلق ہے تو، والدین کے رشتے والا مذکورہ بالا شخص کو درج ذیل کی اجازت ہے:  
(جو لاگو ہونے ہیں انہیں چیک کریں)

- اسکول کے ریکارڈز کا جائزہ لے سکتا ہے
- اسکول میں اندراج کرا سکتا ہے
- اسکول سے غیر حاضریوں کا عذر پیش کر سکتا ہے
- اسکول کے پروگرام اور/یا اسکول کے زیر اہتمام ہونے والی سرگرمی میں شرکت کے لیے رضامندی دے سکتا ہے
- اسکول میں ہونے والی طبی دیکھ بھال کے لیے رضامندی دے سکتا ہے \*
- صحت کے منصوبوں میں اندراج کرا سکتا ہے
- حفاظتی ٹیکوں کے لیے منظوری دے سکتا ہے \*
- صحت کی عمومی دیکھ بھال کے لیے منظوری دے سکتا ہے \*
- طبی کارروائیوں کے لیے منظوری دے سکتا ہے \*\*
- دانتوں کی دیکھ بھال کے لیے منظوری دے سکتا ہے
- ترقیاتی اسکریننگ کے لیے منظوری دے سکتا ہے
- دماغی صحت کی جانچ اور/یا علاج کے لیے منظوری دے سکتا ہے

\* سوائے اس کے جو صحت عامہ کے قانون کے سیکشن 2504 کے تحت ممنوع ہے

مذکورہ بالا اختیارات میں سے کوئی بھی والدین کے بیان کردہ شرائط کے ذریعہ مزید محدود ہو سکتا ہے، اور، اگر محدود ہے تو، حدود ذیل میں لکھے گئے ہیں (جیسے، والدین کسی ذہنی صحت سے متعلق جانچ پر رضامندی ظاہر کرنے کا اختیار دے سکتا ہے، اس شرط کے ساتھ کہ ٹیلیفون یا دیگر الیکٹرانک ذرائع سے اس سے رابطہ نہیں کیا جا سکتا ہے)۔

6. میں والدین کے رشتے والے شخص کو مزید اجازت دیتا ہوں کہ وہ CFR 45.164.501 § میں وضاحت کردہ کے ضابطوں کے مطابق اور 65 فیڈ میں پائے جانے والے انفرادی طور پر قابل شناخت صحت کی معلومات کی رازداری کے معیارات کے اصولوں کے مطابق صحت، طبی، مالی معلومات اور/یا کسی بھی قسم کی معلومات اور/یا کوئی بھی یا تمام ریکارڈز کی مکمل غیر ترمیم شدہ کاپیوں کی درخواست کر، حاصل کر اور جائزہ لے سکتا ہے، اور مکمل و لامحدود رسائی حاصل کر سکتا ہے۔ جیسا کہ رجسٹریشن 82462 نجی ریکارڈز کو تحفظ فراہم کرتا ہے، ورنہ بصورت دیگر مندرجہ بالا پیراگراف 3 میں درج ہر بچے/معذور شخص کے لیے 1996 کے ہیلتھ انشورنس انتقال پذیر و احتساب ایکٹ (HIPAA)، عوامی قانون 104-191 کے تحت شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اس طرح کی صحت اور طبی ریکارڈوں میں شامل معلومات میں جنسی بیماریوں سے متعلق معلومات، امیونو ڈیفینسی سنڈروم (ایڈز)، ایڈز سے وابستہ پیچیدگی (ARC) اور انسانی امیونو وائرس (HIV)، طرز عمل یا ذہنی صحت سے متعلق خدمات، شراب اور/یا منشیات کے استعمال اور/یا نشہ کے علاج سے متعلق معلومات شامل ہو سکتی ہیں۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ CFR §164.524, et seq میں فراہم کردہ کے مطابق معلومات کے حساب و کتاب کے استعمال کیے جانے کے لیے اس تک مجھے رسائی حاصل ہو سکتی ہے اور/یا میں اسے حاصل کر سکتا ہوں۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ اس صحت سے متعلق معلومات کے انکشاف کی اجازت رضاکارانہ ہے؛ کہ میں اس اختیار پر دستخط کرنے سے انکار کر سکتا ہوں۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ اس معلومات کا کوئی انکشاف اس کے ساتھ فریق ثالث کے ذریعہ اس معلومات کے غیر مجاز مزید انکشاف کا امکان رکھتا ہے اور ممکن ہے کہ اس طرح کے مزید انکشاف کو HIPAA کے تحت تحفظ فراہم نہیں کیا گیا ہو۔ مذکورہ پارٹی کو مذکورہ نجی اور/یا محفوظ رازدارانہ معلومات کے انکشاف کے لیے، میں ہمیشہ کے لیے بے ضرر مذکورہ پارٹی کو رہا کرتا ہوں اور اس کے انعقاد کو روکتا ہوں جو کہ انکشاف کے نتیجے میں HIPAA کے تحت پیدا ہونے والے رازداری کے قواعد کے تحت کسی بھی ذمہ داری سے اس اوزار پر انحصار کرتا ہے۔

7. والدین اور والدین کے رشتے والے اشخاص کو نوٹس: اس فارم کے مطابق والدین کے ذریعہ اختیار کے منسوخ ہونے سے قبل یا اوپر پیراگراف 4 میں مذکور تاریخ تک درست ہے۔ اس عہدے پر دستخط کرنے والے ماں باپ میں سے کوئی بھی شخص اپنی مرضی سے اس طرح کی اجازت کو منسوخ کر سکتا/سکتی ہے، اور متعلقہ اسکولوں اور صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کو اس منسوخی کے بارے میں مطلع کر سکتا/سکتی ہے۔ والدین کے رشتے والا شخص جو والدین کی جانب سے اس طرح کی منسوخی کی اطلاع حاصل کرتا ہے وہ فوراً کسی اسکول، صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے یا صحت کے منصوبے کو مطلع کرے گا جس کے تحت اس سب ڈویژن کے مطابق ایک اجازت پیش کی گئی ہے۔ والدین کے رشتے والے کسی شخص کی طرف سے اجازت کے وصول کنندگان کو مطلع کرنے یا منسوخ کرنے سے متعلق والدین کی ناکامی، والدین کے ذریعہ منسوخ ہونے کی اطلاع کو غیر موثر نہیں بنائے گی۔

یہ اجازت عارضی ہے، لیکن ماں/باپ (والدین) کے ذریعہ تجدید کی جا سکتی ہے۔ تاہم، والدین اور طویل مدتی والدین کے رشتے والے شخص، دیکھ بھال کے انتظامات میں شامل افراد قانونی سرپرستی کی تقرری کے لیے یا تحویل کا تعین کرنے کے لیے عدالتی کارروائی شروع کر کے مزید مستقل قانونی انتظام تلاش کر سکتے ہیں۔

نوٹ: اگر اجازت 30 دن سے زیادہ مدت کے لیے ہے تو نیچے دیئے گئے تمام دستخطوں کی تصدیق کی جانی چاہئے۔

بتاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (والدین کے دستخط)

20 کو

\_\_\_\_\_ اس دن \_\_\_\_\_ میرے سامنے حلف لیا تھا \_\_\_\_\_

نوٹری پبلک

8. میں، \_\_\_\_\_، یہاں نامزد کردہ بچے/بچوں/معذور شخص (اشخاص) کا والد/کی والدہ بھی ہوں، عدالت کا حکم ہے کہ ماں باپ دونوں کو اس طرح کے بچے/بچوں/معذور شخص (اشخاص) سے متعلق تعلیم اور/یا صحت کے فیصلوں پر متفق ہونا ضروری ہے، اور میں ذیل میں اپنے دستخط کے ذریعہ اس عہدہ سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔

پتہ اور ٹیلیفون نمبر (نمبرز) جس کے ذریعہ اس عہدہ کے رہتے ہوئے مجھ سے رابطہ کیا جا سکتا ہے:

پتہ:

\_\_\_\_\_ ٹیلیفون: گھر ( ) - \_\_\_\_\_ دفتر: ( ) - \_\_\_\_\_  
دیگر: ( ) - \_\_\_\_\_

بتاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (والدین کے دستخط)

20 کو

\_\_\_\_\_ اس دن \_\_\_\_\_ میرے سامنے حلف لیا تھا \_\_\_\_\_

نوٹری پبلک

9. میں، \_\_\_\_\_ والدین کے رشتے والا نامزد شخص  
یہاں نامزد کردہ بچے/بچوں/معذور شخص (اشخاص) کے لیے، ذیل میں میرے دستخط کے ذریعہ اس عہدہ سے منظوری دیتا ہوں۔

بتاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ دستخط

20 کو

\_\_\_\_\_ اس دن \_\_\_\_\_ میرے سامنے حلف لیا تھا

نوٹری پبلک

نیویارک اسٹیٹ کے جنرل واجبات قانون کے سیکشن 1551-5 کے تحت، والدین کے رشتے والے شخص کے عہدے کے لیے ہدایات۔

### اس فارم کا مقصد:

یہ فارم آپ کو کسی اور فرد کو آپ کی دیکھ بھال میں اپنے بچے (بچوں) یا معذور شخص (اشخاص) کے لیے طبی اور تعلیمی فیصلے کرنے کے لیے نامزد کرنے کی اجازت دے گا اگر آپ بذات خود مخصوص مدت تک ایسا نہیں کر سکتے ہیں تو۔ یہ اجازت صرف 12 مہینے تک کی مدت کے لیے استعمال کی جا سکتی ہے۔ اگر آپ کو اپنے بچے (بچوں)/معذور شخص (اشخاص) کو کسی دوسرے شخص کی دیکھ بھال میں 12 مہینوں سے زیادہ عرصہ رکھنے کی ضرورت ہوگی تو، آپ دوسرے اختیارات پر غور کرنے کی خواہش کر سکتے ہیں۔

اگر عدالت کا کوئی حکم موجود ہو جس کے تحت والدین کو دونوں بچے اور بچوں کے بارے میں تعلیم اور/یا صحت سے متعلق فیصلوں پر متفق ہونا ضروری ہے تو، دونوں والدین کو فارم پر دستخط کرنے ہوں گے۔ اگر نہیں ہے تو، ماں باپ میں سے کسی ایک کا دستخط مطلوب ہے۔

آپ اپنے والدین کے تمام حقوق کو اس اختیار کے ساتھ رکھتے ہیں اور کسی بھی وقت اس اجازت کو منسوخ (کالعدم) کر سکتے ہیں۔ جس شخص کو آپ نے نامزد کیا ہے وہ آپ کے بچے (بچوں) کے اسکول، اساتذہ اور طبی خدمات فراہم کرنے والوں کے ساتھ بات کرنے کا اہل ہوگا، اور معمول کے فیصلے کرنے کا بھی اہل ہوگا۔ جس شخص کو آپ نامزد کرتے ہیں وہ سرجری یا دیگر بڑی طبی کارروائیوں کے لیے منظوری نہیں دے سکے گا لیکن وہ معمول کے طبی امور کے لیے منظوری دے سکے گا۔ اگر آپ نہیں چاہتے کہ آپ نے جس شخص کو نامزد کیا ہے وہ کچھ فیصلے کرے، جیسے کہ حفاظتی ٹیکوں سے متعلق فیصلے تو، آپ اس فارم کے ساتھ اس کی وضاحت کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کا نامزد کردہ شخص آپ کے بچے (بچوں)/معذور شخص (اشخاص) کے بارے میں کوئی فیصلہ کرتا ہے جس سے آپ اتفاق نہیں کرتے ہیں تو، آپ اس فیصلے کو کالعدم قرار دے سکتے ہیں۔

نامزد کردہ شخص کو "والدین کے اختیار والے شخص" ہونے پر متفق ہونا ضروری ہے، اور اسے بچے (بچوں)/معذور شخص (اشخاص) کی مالی مدد کی ذمہ داری قبول کرنے کی ضرورت نہیں ہوگی۔ آپ کے بچے (بچوں) کو اپنے اسکول کا ضلع تبدیل نہیں کرنا پڑے گا اگر وہ شخص کسی اور اسکول کے ضلع میں رہتا ہے تو۔ آپ کی موت یا نااہلی کی صورت میں، یہ عہدہ خود بخود ختم ہو جاتا ہے۔

### اس فارم کو استعمال کرنے کے لیے ہدایات:

**پیراگراف 1:** فراہم کردہ جگہ میں اپنا پورا قانونی نام پُر کریں۔ اگر کوئی عدالتی حکم نافذ العمل ہو جس میں دونوں والدین کو دستخط کرنے کی ضرورت ہو تو، دوسرے والدین اپنے پیراگراف 7 میں فراہم کردہ جگہ میں اپنا نام پُر کریں گے۔

**پیراگراف 2:** اپنا پتہ اور ٹیلیفون نمبر (نمبرز) پُر کریں۔ اگر اس معلومات کو شامل نہیں کیا جاتا ہے تو، اجازت 30 دن سے زیادہ کے لئے درست نہیں ہوگی۔ اس اجازت کے نافذ العمل ہونے کے دوران، اس پتہ کا استعمال کریں جہاں آپ رہائش پذیر رہیں گے، چاہے یہ آپ کی قانونی رہائش گاہ نہ ہو۔ مثال کے طور پر، اگر آپ کو ہسپتال میں داخل کیے جاتے وقت یہ اجازت استعمال کی جاتی ہے تو، آپ ہسپتال کا پتہ استعمال کریں گے۔

**پیراگراف 3:** اپنے بچے (بچوں)/معذور شخص (اشخاص) کے لیے تعلیمی اور/یا صحت کے فیصلے کرنے کے لیے آپ جس شخص کو نامزد کرنا چاہتے ہیں اس کا نام، پتہ اور ٹیلیفون نمبر پُر کریں۔ ہر بچہ/معذور شخص کے نام اور ان کی پیدائش کی تاریخ (تاریخ) کو پُر کریں۔

**پیراگراف 4:** مناسب باکس کو نشان زد کر کے اور اس کے آگے مختصر دستخط کر کے بتائیں کہ آپ کتنی دیر تک اس اختیار کو موثر رہنے دینا چاہتے ہیں۔ یاد رکھیں، اگر آپ چاہیں تو آپ جلد ہی اس عہدہ کو منسوخ (کالعدم) کر سکتے ہیں۔ اس کے بارے میں معلومات ان ہدایات کے آخر میں شامل ہے۔

- اگر آپ چاہتے ہیں کہ یہ عہدہ 12 مہینوں تک موزوں رہے تو **(a) استعمال کریں**۔ اگر آپ یہ اختیار منتخب کرتے ہیں تو، آپ کو ماں/باپ (والدین) اور دوسرے شخص کے لیے پتہ اور ٹیلیفون نمبر فراہم کرنا ہوگا، اور تمام دستخطوں پر نوٹری لینا ضروری ہے۔

- اگر آپ چاہتے ہیں کہ یہ عہدہ 30 دنوں تک موزوں رہے تو **(b) استعمال کریں**۔ آپ کو اس انتخاب کے ساتھ پتوں اور ٹیلیفون نمبرز کو شامل کرنے کی ضرورت نہیں ہے، لیکن یہ تجویز کی جاتی ہے کہ آپ کو ایسا کرنے کی صورت میں طبی یا تعلیمی نگہداشت فراہم کرنے والوں کو آپ سے رابطہ کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

- اگر آپ مخصوص تاریخوں کو 30 دن سے بھی کم یا اس سے زیادہ مدت کے لیے استعمال کرنا چاہتے ہیں تو **(c) استعمال کریں**۔ یاد رکھیں، یہ عہدہ 12 مہینوں سے زیادہ استعمال نہیں ہو سکتا ہے، اور اگر آپ چاہتے ہیں کہ 30 دن سے زیادہ وقت تک درست رہے تو آپ کو پتوں، ٹیلیفون نمبرز، اور نوٹری والے دستخطوں کو شامل کرنا ہوگا۔

- اگر آپ کسی خاص موقع پر جیسے کہ جب آپ کو ہسپتال میں داخل کیا جائے تب یہ عہدہ شروع کرنا چاہتے ہیں تو **(d) استعمال کریں**۔ اس کے لیے، آپ فراہم کردہ پہلی خالی جگہ میں مخصوص واقعہ لکھیں (مثال کے طور پر: "جب مجھے کسی ہسپتال میں داخل کرایا جائے") اور دوسری خالی جگہ میں عہدہ ختم ہونے والی تاریخ یا واقعہ لکھیں (مثال: "30 دن بعد" یا "مجھے ہسپتال سے چھٹی ملنے پر")۔ ایک بار پھر، اگر آپ چاہتے ہیں کہ 30 دن سے زیادہ وقت تک درست رہے تو، آپ کو پتوں، ٹیلیفون نمبرز، اور نوٹری والے دستخطوں کو شامل کرنا ہوگا۔

**پیراگراف 5:** ہر ایسی چیز کی فہرست بنائیں جن کے کرنے کا آپ اپنے نامزد کردہ شخص کو اختیار دینا چاہتے ہیں۔ ہر ایسی چیز کو فہرست سے نکال دیں جن کے کرنے کا آپ اپنے نامزد کردہ شخص کو اختیار نہیں دینا چاہتے ہیں اور ان پر مختصر دستخط کریں۔ اگر اور بھی ایسی دوسری چیزیں ہیں جن سے آپ اس شخص کو روکنا چاہتے ہیں تو، انہیں لکھنے کے لیے نیچے خالی لکیریوں کا استعمال کریں۔ مثال کے طور پر، اگر آپ ذہنی صحت سے متعلق معائنہ کروانے سے پہلے رابطہ کرنا چاہتے ہیں تو، آپ یہ فراہم کردہ جگہ میں لکھ سکتے ہیں۔

**پیراگراف 6:** یہ پیراگراف اس شخص کو اجازت دیتا ہے کہ وہ آپ کے بچے (بچوں) کے/معذور شخص (اشخاص) کے طبی ریکارڈز اور طبی معلومات تک رسائی حاصل کر سکتا ہے۔

**پیراگراف 7:** یہ فارم سے متعلق کچھ معلومات فراہم کرتا ہے۔ والدین جس کا نام پیراگراف 1 میں ظاہر ہوتا ہے اس کے بعد وہ فارم پر دستخط کرتا اور اس کی تاریخ بناتا ہے۔ اگر یہ اجازت 30 دن سے زیادہ مدت کے لیے نافذ کرنا ہے تو، دستخط کی تصدیق کرنا ضروری ہے۔ اس صورت میں، آپ کو دستخط کرنے سے پہلے فارم کو کسی نوٹری عوام کے پاس لے جانے کی ضرورت ہے، اور اس نوٹری عوام کے سامنے فارم پر دستخط کرنے کی ضرورت ہے، جو اس فارم پر دستخط بھی کرے گا اس بات کی نشاندہی کرنے کے لیے کہ انہوں نے آپ کے دستخط دیکھے ہیں۔ اگر ایسا نہیں کرتے ہیں تو، اجازت 30 دن کے بعد خود بخود ختم ہو جائے گی۔

**پیراگراف 8:** اگر کوئی ایسا عدالتی حکم نافذ العمل ہے جس کے تحت ماں باپ دونوں کو اپنے بچے (بچوں) سے متعلق تعلیم اور/یا صحت کے فیصلوں پر متفق ہونا ضروری ہے تو، ماں باپ میں سے کوئی بھی فراہم کردہ جگہوں پر اپنا پورا قانونی نام، پتہ اور ٹیلیفون نمبر پر کریں گے۔ بحیثیت پہلے والدین، اگر اجازت 30 دن یا اس سے کم مدت کے لئے ہو تو انہیں اپنا پتہ اور ٹیلیفون نمبر فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے، الا یہ کہ وہ خود چاہیں۔ اگر وہ اجازت 30 دن سے زیادہ درست رہی ہو تو وہ ان کو یہ معلومات ضرور فراہم کریں، اور کسی نوٹری پبلک کے سامنے فارم پر دستخط کریں۔ اگر ایسا کوئی عدالتی حکم نافذ نہ ہو جس کے لیے ماں باپ دونوں کی رضامندی کی ضرورت ہو تو، آپ اس پیراگراف کو خالی چھوڑ سکتے ہیں۔

**پیراگراف 9:** بچے (بچوں)/معذور شخص (اشخاص) کے لیے نامزد کردہ "والدین کے رشتے والے" شخص کا پورا قانونی نام پُر کریں۔ پھر وہ فارم پر دستخط کرے اور تاریخ ڈالے، تاکہ یہ ظاہر ہو سکے کہ وہ والدین کے رشتے والا شخص بننے پر راضی ہے۔ اگر یہ اجازت 30 دن سے زیادہ درست ہے تو، انہیں بھی نوٹری پبلک کے سامنے فارم پر دستخط کرنے کی ضرورت ہوگی۔

**دوسری معلومات:**

- پڑا طبی علاج: جس شخص کو آپ نامزد کرتے ہیں وہ "بڑے طبی علاج" کے لئے منظوری نہیں دے سکتا ہے جیسے کہ کوئی طبی، سرجیکل، یا تشخیصی مداخلت یا ایسی کارروائی جہاں سن کرنے والے عام ذریعہ کا استعمال ہوتا ہے یا جس میں جسمانی سالمیت پر کوئی خاص خطرہ لاحق ہوتا ہے یا جسمانی سالمیت پر کوئی خاص حملہ ہوتا ہے جس میں ایک چیرا درکار ہوتا ہے یا کافی درد پیدا ہوتا ہے، تکلیف ہوتی ہے، بے آرامی ہوتی ہے، کمزوری لاحق ہوتی ہے، یا بحالی کے لیے اچھا خاصہ وقت لگتا ہے۔ اس میں درج ذیل شامل نہیں ہیں: معمول کی کوئی بھی تشخیص یا علاج جیسے کہ غیر نفسیاتی حالات یا تغذیہ کے لیے کیموتھیراپی کے علاوہ دوائیوں کا انتظام یا تجزیہ کے لیے جسم سے سیال مادوں کا نکالنا؛ الیکٹروکونولسیو تھراپی؛ دانتوں کی دیکھ بھال ایک مقامی سن کرنے والے عام ذریعہ کا استعمال کر کے کی گئی ہو؛ ایسا کوئی بھی طریقہ کار جو ہنگامی حالات میں فراہم کیا جاتا ہے، صحت عامہ کے قانون کے سیکشن پچیس سو چار کے تحت؛ زندگی کے افعال کو برقرار رکھنے والے طبی علاج سے دستبرداری یا موقوفی، یا نسبندی یا وضع حمل۔

مثال کے طور پر، نامزد کردہ شخص بچے/معذور شخص کو دانتوں کی معیاری کارروائیوں کے لئے منظوری دے سکتا ہے، جیسے کہ دانت کے کھٹوں کو بھروانے کے لیے، لیکن دانتوں کی سرجری کے لیے نہیں، کیونکہ وہاں وہ اس عمل کے دوران بے ہوش ہو جاتا ہے، جیسے کہ عقل کے دانت نکلوانے کے دوران۔ بڑی طبی کارروائیوں کے لیے اب بھی والدین کی رضامندی ضروری ہوگی۔

- اس عہدہ کو کالعدم کرنا: اجازت کالعدم (منسوخ) کرنے کے لیے، آپ کو صرف اس شخص کو بتانا ہوگا جس کو آپ نے اپنی مرضی کے مطابق کام کرنے کا اختیار دیا تھا، اور انہیں مناسب تعلیم اور طبی فراہم کنندہ کو یہ اطلاع دینے کی ضرورت ہے کہ اجازت ختم کر دی گئی ہے۔ اگرچہ والدین کو تحریری طور پر یہ کام کرنے کی ضرورت نہیں ہے، یا بچے (بچوں)/معذور شخص (اشخاص) کی تعلیم اور طبی فراہم کنندہ کو مطلع کرنے کی ضرورت نہیں ہے کہ انہوں نے اجازت کو مسترد کر دیا ہے، وہ ایسا کرنا چاہتے ہیں، تاکہ کوئی الجھن نہ ہو۔ اگر ماں باپ دونوں نے فارم پر دستخط کر دیے تو، ماں باپ میں سے کوئی بھی بذات خود عہدہ کو منسوخ کر سکتا ہے، آپ کو ماں باپ دونوں کی ضرورت نہیں ہے۔