

نیو یارک اسٹیٹ  
آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز

(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

گود لینے والے درخواست دہندہ کی میڈیکل رپورٹ (حصہ ایک)  
صرف ایڈاپشن

## ہدایات:

**درخواست دہندہ:** اس فارم کے تین حصے ہیں۔ سیکشن 1 درخواست دہندہ کو مکمل کرنا ہے۔ سیکشن 2 ایجنسی کو مکمل کرنا ہے۔ سیکشن 3 معالج، معالج کے معاون، نرس پریکٹیشنر، یا دیگر لائسنس یافتہ اور درخواست دہندہ کے لیے اہل نگہداشت صحت کے پریکٹیشنر کو مکمل کرنا ہے۔

**گھر تلاش کرنے والا ایجنسی کا کارکن:** درخواست دہندہ کو فارم فراہم کرنے سے پہلے سیکشن 2 مکمل کریں۔ فی درخواست دہندہ ایک فارم فراہم کریں۔

<b>سیکشن 1: درخواست دہندہ کی معلومات</b>		
<b>درخواست دہندہ کا نام:</b>		
آخری، پہلا، درمیانی نام:	تاریخ پیدائش:	تیلیفون نمبر:
/ /	/ /	( ) -
درخواست دہندہ کا پتہ:		
میں اس کے ذریعے اپنے معالج سے درخواست کرتا/کرتی ہوں اور اسے اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ درج ذیل معلومات درج ذیل نامی ایجنسی کو جاری کرے۔		
درخواست دہندہ کا دستخط		
X		
تاریخ: / /		
مذکورہ درخواست دہندہ نے بچہ گود لینے کے لیے درخواست دی ہے۔ نیویارک اسٹیٹ کے قوانین کے مطابق، ایجنسی کو گھر کے افراد کی عمومی صحت کے حوالے سے طبی رپورٹ حاصل کرنے کی ضرورت ہے۔ اس طرح کی رپورٹ میں اس بات کا انکشاف ہونا چاہیے کہ گھر کا ہر فرد متعدی بیماری، انفیکشن یا بیماری یا کسی بھی جسمانی یا ذہنی حالت (حالات) سے پاک ہے جو گود لیے ہوئے بچے کی مناسب نگہداشت کو متاثر کر سکتی ہے۔ اس طرح کی رپورٹ میں درخواست دہندہ کی جسمانی جانچ کا احاطہ کیا جانا چاہیے جو ایجنسی کو منظوری کے لیے درخواست جمع کرانے جانے کی تاریخ سے ایک سال سے زیادہ نہ ہو۔		

<b>سیکشن 2: ایجنسی کی معلومات</b>	
ایجنسی کا نام:	
ایجنسی کا پتہ:	
ایجنسی کا رابطہ شخص: (گھر تلاش کرنے والے/ ایجنسی کے کارکن کا نام اور فون نمبر)	

<b>سیکشن 3: ہر درخواست دہندہ کے لیے ایک معالج، معالج کے معاون، نرس پریکٹیشنر، یا دیگر لائسنس یافتہ اور اہل صحت کی نگہداشت کرنے والے پریکٹیشنر کو مکمل کرنا چاہیے۔</b>	
براہ کرم اپنی بہترین معلومات کے مطابق درج ذیل میں سے ہر ایک کا جواب دیں۔	
کیا کوئی دائمی یا سنگین عوارض یا حالات ہیں جن کے لیے اس فرد کو حاصل ہوا ہے یا علاج کروا رہا ہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
کیا یہ فرد فی الحال دوائیں لے رہا ہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
کیا آپ نے کبھی اس فرد کو دیگر طبی خدمات، ذہنی صحت کی خدمات یا شراب/منشیات کے بیجا استعمال کے علاج کے لیے بھیجا ہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
براہ کرم "ہاں" میں دیے گئے کسی بھی جواب کے لیے وضاحت فراہم کریں۔	

<b>درخواست دہندہ کا عمومی صحت کا جائزہ</b>			
جسمانی جانچ کی تاریخ:	قد:	وزن:	ہلڈ پریشر:
/ /	:	LBS	/ /
بینائی:	سماعت:	پلمونری:	
کارڈیوویسکیولر:	اینٹوکرائن:	پٹھے/کنکال:	
گیسٹروانٹیسٹیل:			
عصبی نظام:			
جلد:			

فائلنگ کے مقاصد کے لیے

درخواست دہندہ کا نام:

ایجنسی کا نام:

کیا فرد کو کوئی متعدی بیماری، انفیکشن یا بیماری ہے، یا کوئی جسمانی یا ذہنی حالت ہے جو بچوں کی مناسب نگہداشت کو متاثر کر سکتی ہے؟  ہاں  نہیں وضاحت کریں:

کیا کسی شناخت شدہ مصیبت کی موجودگی بچوں کی صحت اور حفاظت کے لیے خطرہ ہے؟  ہاں  نہیں وضاحت کریں:

**فائنڈنگز**

میرے نتائج کی بنیاد پر، جیسا کہ اوپر نشاندہی کی گئی ہے، اور فرد کے بارے میں میرے علم کی بنیاد پر، میں اوپر درج فرد کو پاتا ہوں:  ہے  ایسی جسمانی حالت میں نہیں ہے کہ اس سے یہ توقع کرنا مناسب ہو کہ وہ بچے کی بلوغت تک زندہ رہے گا اور والدین کی ذمہ داریوں کو پورا کرنے کے لیے درکار توانائی اور دیگر صلاحیتوں کا حامل ہے۔ اگر نہیں ہے تو: وضاحت کریں:

طبی نگہداشت فراہم کنندہ کا دستخط:

**X**

ٹیلیفون نمبر:

( ) -

دستخط کی تاریخ:

/ /

فراہم کنندہ کا پتہ:

ڈاکٹر کی مہر:

طبی نگہداشت فراہم کنندہ کو مکمل شدہ رپورٹ سیکشن 2 میں درج ایجنسی کے رابطہ کو واپس کرنی چاہیے۔

نیو یارک اسٹیٹ  
آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز  
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
گھرانہ کے رکن کی میڈیکل رپورٹ (حصہ دو)  
صرف ایڈاپشن

## ہدایات:

درخواست دہندہ (دہندگان): اس فارم کے تین حصے ہیں۔ اگر گھرانہ کے رکن کی عمر 18 سال سے کم ہے یا گھر کے رکن کی عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے تو سیکشن 1 درخواست دہندہ کو مکمل کرنا ہے۔ سیکشن 2 ایجنسی کو مکمل کرنا ہے۔ سیکشن 3 گھرانہ کے ہر فرد کے لیے ایک معالج، معالج کے معاون، نرس پریکٹیشنر، یا دیگر لائسنس یافتہ اور اہل صحت کی نگہداشت فراہم کرنے والے پریکٹیشنر کو مکمل کرنا چاہیے۔

گھر تلاش کرنے والا/ ایجنسی کا کارکن: درخواست دہندہ (دہندگان) کو فارم فراہم کرنے سے پہلے سیکشن 2 مکمل کریں۔ فی درخواست دہندہ ایک فارم فراہم کریں۔

سیکشن 1: گھرانہ کے رکن کی معلومات	
آخری، پہلا، درمیانی نام:	تاریخ پیدائش: / /
تیلیفون نمبر: ( ) -	
مذکورہ بالا فرد ایک ایسے فرد (افراد) کے گھر میں مقیم ہے جو بچہ گود لینے کی کوشش کر رہا ہے۔ نیویارک اسٹیٹ کے قوانین کے مطابق، ایجنسی کو گھر کے افراد کی عمومی صحت کے حوالے سے طبی رپورٹ حاصل کرنے کی ضرورت ہے۔ اس طرح کی رپورٹ میں اس بات کا انکشاف ہونا چاہیے کہ گھر کا ہر فرد متعدی بیماری، انفیکشن یا بیماری یا کسی بھی جسمانی یا ذہنی حالت (حالات) سے پاک ہے جو گود لینے ہوئے بچے کی مناسب نگہداشت کو متاثر کر سکتی ہے۔ اس طرح کی رپورٹ میں گھرانہ کے رکن کے جسمانی جانچ کا احاطہ کیا جانا چاہیے جو ایجنسی کو منظوری کے لیے درخواست جمع کرائے جانے کی تاریخ سے ایک سال سے زیادہ نہ ہو۔	
درخواست دہندہ (دہندگان) کا نام:	درخواست دہندہ (دہندگان) سے رشتہ:
درخواست دہندہ (دہندگان) کا پتہ:	
میں اس کے ذریعے اپنے معالج سے درخواست کرتا/کرتی ہوں اور اسے اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ درج ذیل معلومات درج ذیل نامی ایجنسی کو جاری کرے۔	
اگر گھرانہ کے رکن کی عمر 18 سال سے کم ہے تو گھرانہ کے رکن یا والدین/سرپرست کا دستخط:	
X	
تاریخ: / /	

سیکشن 2: ایجنسی کی معلومات	
ایجنسی کا نام:	
ایجنسی کا پتہ:	
ایجنسی کا رابطہ شخص: (گھر تلاش کرنے والے/ ایجنسی کے کارکن کا نام اور فون نمبر)	

سیکشن 3: درخواست دہندہ کے گھر کے ہر فرد کے لیے معالج، معالج کے معاون، نرس پریکٹیشنر، یا دیگر لائسنس یافتہ اور اہل صحت کی نگہداشت کرنے والے پریکٹیشنر کو مکمل کرنا چاہیے	
براہ کرم اپنی بہترین معلومات کے مطابق درج ذیل میں سے ہر ایک کا جواب دیں۔	
کیا کوئی دائمی یا سنگین عوارض یا حالات ہیں جن کے لیے اس فرد کو حاصل ہوا ہے یا علاج کروا رہا ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
کیا یہ فرد فی الحال دوائیں لے رہا ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
کیا آپ نے کبھی اس فرد کو دیگر طبی خدمات، ذہنی صحت کی خدمات یا شراب/منشیات کے بیجا استعمال کے علاج کے لیے بھیجا ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
کیا فرد کو کوئی متعدی بیماری، انفیکشن یا بیماری ہے، یا کوئی جسمانی یا ذہنی حالت ہے جو بچوں کی مناسب نگہداشت کو متاثر کر سکتی ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
کیا کسی شناخت شدہ مصیبت کی موجودگی بچوں کی صحت اور حفاظت کے لیے خطرہ ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
براہ کرم "ہاں" میں دیے گئے کسی بھی جواب کے لیے وضاحت فراہم کریں۔	
کیا اوپر درج شخص اچھی جسمانی اور ذہنی صحت میں ہے، اور متعدی بیماریوں، انفیکشن یا بیماری سے پاک ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
براہ کرم "نہیں" میں دیے گئے جواب کے لیے وضاحت فراہم کریں۔	

فائلنگ کے مقاصد کے لیے

درخواست دہندہ کا نام:

ایجنسی کا نام:

طبی نگہداشت فراہم کنندہ کا دستخط:	ٹیلیفون نمبر:	دستخط کی تاریخ:
X	( ) -	/ /
فراہم کنندہ کا پتہ:		
ڈاکٹر کی مہر:		
طبی نگہداشت فراہم کنندہ کو مکمل شدہ رپورٹ سیکشن 2 میں درج ایجنسی کے رابطہ کو واپس کرنی چاہیے۔		