

उपचार/सहायताको लागि कलाईण्टको अनुमति

कलाईण्टको नाम

शुरुको नाम

जन्म मिति

ई एच आर/कलाईण्ट नम्बर

_____ **उपचारको निम्ति अनुमति:** लुथरन फेमिली सर्भिसेस् (एल एफ एस) लाई हेरचाह गर्न, सेवा दिन तथा आवश्यकता भएमा बानी व्यहोरा सम्बन्धी सेवा वा उपचार प्रदान गर्न म र अरु कुनै व्यक्ति जो कानूनी रूपमा मेरो मातहतमा रहेको व्यक्तिलाई उचित उपचार गर्न, लक्षणको निदान गर्न, मानसिक स्वस्थ सम्बन्धी फिक्री वा अरु कुनै आवश्यकता सेवा प्रदान गर्न म यो अनुमति दिन्छु। यहाँ उल्लेख गरिएको कुराहरु अभ्यास गर्न ठ्याक्कै उस्तै नहुन सक्छन् भन्ने बारे मैले बुझ्नुको छु र एल एफ एसलाई अधिकार दिँदा मैले पाउने सेवा वा उपचारले कुनै विशेष परिणाम वा सहि नतिजा नआउन पनि सक्छ भन्ने पनि मैले बुझेको छु। मैले यो पनि बुझेको छु कि एल एफ एसले थप सेवाको लागि अन्य ठाउँमा पनि पठाउन सक्छ भनी मैले बुझेको छु।

_____ **एल एफ एसको सेवाग्रीहीको अधिकार र जिम्मेवारीको जानकारी:** एल एफ एसको सेवाग्रीहीको अधिकार र जिम्मेवारी मैले प्राप्त गरेको र पढेको छु भनी म स्वीकार गर्दछु।

_____ **एल एफ एसको गोपनियता अभ्यासको जानकारी:** मलाई एल एफ एसको गोपनियता अभ्यास पढ्ने अवसर दिईएको थियो र मैले कुनै बुझ्न नसकेको कुरालाई स्पष्ट पारिएको थियो। मलाई गोपनियता अभ्यासको एक प्रति पदान गरिएको छ।

_____ **आकस्मिक मेडिकल उपचार:** आकस्मिक औषधी उपचारको आवश्यक परेमा एल एफ एसको कर्मचारीले म र यस अनुमति मा उल्लेख गरिएको व्यक्तिको लागि ९११लाई फोन गर्नसक्छन् बभनी मैले बुझेको छु र यो चाहे शारीरिक वा भावनात्मक, एल एफ एस कार्यलाय वा आमने सामनेमा मलाई वा यहाँ उल्लेख गरिएको व्यक्तिको सेवा

_____ **ट्रान्सपोर्टेनको अनुमति:** म समलग्न भएको कार्यक्रम वा सर्भिसमा यातायातको सुविधा प्रदान गरिएमा एल एफ एसलाई म लगाएत यस फाराममा उल्लेख गरिएको परिवारका सदस्यहरुलाई यातायातको सेवा प्रदान गर्न अनुमति दिन्छु। (स्टाफ: यदि लागू नभएमा लाईनमा NA र नामको शुरुको अक्षर लेख्नुहोस्)

यातायातको सुविधा प्राप्त गर्ने परिवारको सदस्यहरुको नाम र जन्म मिति लेख्नुहोस्:

नाम: _____ जन्म मिति: _____



