

## उपचार/सहायताको लागि क्लाइण्टको अनुमति

क्लाइण्टको नाम                      शुरुको नाम                      जन्म मिति                      ई एच आर/क्लाइण्ट 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 मातृहातमा 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 बुझ्नुको छु। मैले यो पनि बुझ्नुको छु कि एल एफ एसले थप सेवाको लागि अन्य ठाउँमा पनि पठाउन सक्छ भनी मैले बुझ्नुको छु।

\_\_\_\_\_ **एल एफ एसको सेवाग्राहीको अधिकार र जिम्मेवारीको जानकारी:** एल एफ एसको सेवाग्राहीको 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 भन्नी मैले बुझ्नुको छु र यो चाहे शारीरिक वा भावनात्मक, एल एफ एस कार्यलय 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 यातायाको 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: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ जन्म मिति: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ जन्म मिति: \_\_\_\_\_



**LFS Mission:** Lutheran Family Services expresses God's love for all people by providing Quality human care services that build and strengthen individual, family and community life

नाम: _____	जन्म मिति: _____
नाम: _____	जन्म मिति: _____
नाम: _____	जन्म मिति: _____
नाम: _____	जन्म मिति: _____
नाम: _____	जन्म मिति: _____
नाम: _____	जन्म मिति: _____
नाम: _____	जन्म मिति: _____
नाम: _____	जन्म मिति: _____
नाम: _____	जन्म मिति: _____

\_\_\_\_\_ **अनुमति प्राप्त प्रतिनिधि:** एल एफ एस, सेवा प्रदायक र प्रतिनिधिलाई मेरो तर्फबाट सुविधा पुन प्राप्त गर्न, सुविधा प्राप्तको लागि निवेदन दिन, आवश्यक पर्ने कुरामा कदम लिन र एल एफ एसले दिएको सेवा वापतको भुक्तानी प्राप्त गर्न म एल एफ एसलाई यो अधिकार दिन्छु।

\_\_\_\_\_ **सम्पर्कको प्रदान गर्ने जानकारी:** म मेरो सम्पर्क गर्ने ठेगाना परिवर्तन भएमा एल एफ एसलाई जानकारी गराउनेछु भनी सहमत गर्दछु।

एल एफ एसका कर्मचारीले मेरो केश स्थानन्तरण गर्ने कार्यमा सहकार्य गर्न, उपचार वा समन्वय गर्न सक्छन् भनी बुझेको छु र

तल उल्लेखित व्यक्तिले माथि उल्लेखित कुराहरु पढेको र बुझेको छु भनी प्रमाणित गर्दछु र क्लार्इण्ट, क्लार्इण्टको अभिभावक, कानून अधिकार प्राप्त व्यक्ति, अभिभावक वा अरु कुनै अधिकारीलाई क्लार्इण्टको तर्फबाट माथिको कार्य गर्न र यसका नियमहरु पालना गर्न राजी छु।

क्लार्इण्ट वा निजको अभिभावक	क्लार्इण्टसँगको नाता	मिति
एल एफ एस कर्मचारीको सहि	उपाधी	मिति
अनुवादकको सहि	उपाधी	मिति

