अशक्तता स्थितिको निर्धारण

नाम: _____

केस नम्बर: _____

आवेदन मिति: _____ / _____ / _____

पूरा भरिएको फाराम यहाँ पठाउनुहोस्:
सेन्ट्रलाइज्ड स्क्यानिङ यूनिट (CSU)
पोस्ट बक्स 181
कन्कर्ड, NH 03301

म यसद्वारा मेरो व्यक्तिगत रूपमा पहिचान हुने तल उल्लिखित स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग वा खुलासा गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछु। म बुझ्दछु कि मैले व्यक्ति वा संस्थालाई प्राप्त गर्ने अधिकार प्रदान गरेको जानकारी पुन: खुलासा हुनसक्छ तथा संघीय गोपनीयता विधानहरू अनुसार सुरक्षित नराखिन सक्छ।

यो प्रदान गरिएको अधिकारको म्याद फाराम हस्ताक्षर गरिएको मिति पछिको 12-महिनामा सकिन्छ।

जानकारी प्रयोग र/वा खुलासा गर्ने अधिकार प्रदान गरिएका व्यक्ति/संस्थाहरू: स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक

जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार प्रदान गरिएका व्यक्ति/संस्थाहरू: करार कर्मचारीहरू लगायत, न्यू ह्याम्सायर स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (DHHS)।

प्रयोग/खुलासा हुन सक्ने जानकारीको विस्तृत विवरण: आफ्ना बालबालिकालाई कम्तीमा पनि 30 निरन्तर दिनका लागि सहायता वा स्याहार गर्न सक्ने तपाईंको सक्षमतासँग सम्बन्धित सामर्थ्य, वातावरण, गतिविधि र/वा सीमाहरू उल्लेख भएको जानकारी।

जानकारी निम्न उद्देश्यहरूका लागि प्रयोग/खुलासा गरिनेछ: जानकारीलाई आवश्यकतामा रहेका परिवारहरूलाई आर्थीक सहायता (FANF) अन्तर्गतको आर्थिक वा मेडिकल सहायताका लागि योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिनेछ।

म बुझ्दछु कि यो अधिकार प्रदान स्वेच्छिक हो र म यस अधिकार पत्रमा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्न सक्छु। साथसाथै म यो पनि बुझ्दछु कि यस अधिकार पत्रमा हस्ताक्षर गर्न मैले गरेको अस्वीकारले मेरो FANF सहायता अस्वीकार हुन सक्छ। *म बुझ्दछु कि मैले यो फारामको अर्कोपट्टि रहेको जानकारी चिकित्सक, चिकित्सक सहायक (PA), एडभान्स्ड प्र्याक्टिस रजिस्टर्ड नर्स (APRN), वा मनोचिकित्सकद्वारा प्रमाणित गराउनु पर्छ र केवल चिकित्सक, PA, APRN, वा मनोचिकित्सकलाई मात्र अर्कोपट्टि हस्ताक्षर गर्ने अनुमति छ।* म बुझ्दछु कि मैले DHHS लाई लिखित रूपमा सूचित गराएर यस अधिकारलाई फिर्ता लिन सक्छु। यद्यपि, अधिकार फिर्ता लिने कुरा मान्य हुनेछैन यदि:

1. DHHS ले पहिले नै अधिकार पत्रमा आधारित कार्यहरू गरिसकेको छ; वा
2. यो अधिकार पत्र बीमा राशि प्राप्त गर्ने शर्तको रूपमा प्राप्त भएको हो; अन्य कानूनले बीमाकर्तालाई पोलिसी अन्तर्गतको दाबी वा स्वयम् पोलिसी नै अमान्य सिद्ध गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछ।

कृपया तल हस्ताक्षर, मिति, र तपाईंको नाम उल्लेख गर्नुहोस्।

_____ _____
हस्ताक्षर मिति

_____
प्रिन्ट गरिएको नाम

आदरणीय चिकित्सक, चिकित्सक सहायक (PA), एडभान्स्ड प्र्याक्टिस
रजिस्टर्ड नर्स (APRN), वा मनोचिकित्सक:
तपाई यो फाराम यस कारणले प्राप्त गर्दैहुनुहुन्छ कि
तपाई यो शिटको पछाडि पट्टि पहिचान गरिएका व्यक्तिको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक हुनुहुन्छ।

यो शिटको पछाडि पट्टि पहिचान गरिएको व्यक्ति आफ्नो अशक्तताका आधारमा आवश्यकतामा रहेका परिवारहरूलाई आर्थिक सहायता (FANF) को लागि अनुरोध गरिरहनु भएको छ। FANF का लागि योग्य हुनका लागि, व्यक्ति यतिसम्म शारीरिक वा मानसिक रूपमा अशक्त हुनैपर्छ कि व्यक्तिको आफ्ना बालबालिकालाई सहयोग वा स्याहार गर्ने क्षमता यति धेरै हदसम्म घट्छ कि सो अशक्तता यो शिटको पछाडि उल्लिखित आवेदन मितिबाट 30 निरन्तर दिनसम्म रहने, वा यो शिटको पछाडि उल्लिखित आवेदन मिति पूर्वको 90 दिनको अवधिमा 30 निरन्तर दिनसम्म रहेको अपेक्षा गरिन्छ।

चिकित्सक, PA, APRN, वा मनोचिकित्सकले मात्र यो फाराममा भएको जानकारी प्रमाणित गर्नुपर्छ। कृपया निम्नलिखित विवरणहरू भर्नुहोस् र इंगित गरिएको ठाउँमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।

म प्रमाणित गर्दछु कि यो शिटको पछाडि उल्लेख गरिएको व्यक्ति (लागू हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्):

☐ **अशक्त छैन।** ☐ **अशक्त छ वा थियो जुन निम्न मितिबाट सुरू भएको थियो:** / / **तथा**

☐ अशक्तता समाप्त भएको मिति / /

☐ अशक्तता रहने अपेक्षा गरिएको मिति / /

अशक्तता लागि निदान गरिएको कुरा

मनोरोग सम्बन्धी निदान वर्तमान DSM कोड(हरू) द्वारा इंगित गर्न सकिन्छ

मेरो निदान यसमा आधारित छ: ☐ परीक्षण (/ /)

☐ मेडिकल रेकर्डहरू (/ /)

☐ अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्) (/ /)

मैले यस व्यक्तिलाई हालै दिएको मेडिकल उपचार:

मैले यस व्यक्तिलाई सिफारिश गरेको मेडिकल उपचार:

ठेगाना:

_____
चिकित्सक, PA, APRN, वा मनोचिकित्सकको प्रिन्ट गरिएको नाम

_____

_____
विशेषज्ञता

_____

फोन: _____

_____ _____
चिकित्सक, PA, APRN, वा मनोचिकित्सकको हस्ताक्षर **मिति**

यो फाराम पूरा गर्नका लागि लाग्ने कुनैपनि छुट्टै शुल्क बिरामीको दायित्व हो। मेडिकल फारामहरू पूरा गर्नका लागि DHHS ले मात्रै शुल्कहरू तिर्नेछैन।

Return to: Centralized Scanning Unit (CSU), P.O. Box 181, Concord, NH 03301