अधिकार-पत्र#:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ नेभिगेसन #:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Breast and Cervical Health को नेभिगेसन सहमति

|  |
| --- |
| **कार्यक्रमको विवरण** |

**Breast and Cervical Health Program (BCCHP, स्तन र पाठेघर स्वास्थ्य कार्यक्रम)** भनेको स्तन र पाठेघर क्यान्सर परीक्षणमा सहायता गर्ने स्वास्थ्य प्रदायकहरू, Washington State Department of Health (DOH, वासिङ्गटन राज्य स्वास्थ्य विभाग) र Centers for Disease Control and Prevention (CDC, रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम केन्द्र) बीचको संयुक्त प्रयास हो। परीक्षणको उद्देश्य भनेको सुरुवाती चरणको क्यान्सर पत्ता लगाउनु हो जसकारण यो रोकथाम गर्न र यसको अझ सजिलैसँग उपचार गर्न सकिन्छ। BCCHP ले क्यान्सर परीक्षण गराउँदा बीमा कभरेज बाहेक अझ बढी बाधाहरू छन् भन्ने कुरा पहिचान गर्दछ। BCCHP कार्यक्रमले केही व्यक्तिहरूलाई बीमा स्थितिलाई ध्यान नदिइकन क्यान्सर परीक्षणमा हुने सम्भावित बाधाहरूलाई सम्बोधन गरेर स्तन र/वा पाठेघर क्यान्सर परीक्षण प्राप्त गर्न मद्दत गर्न सक्छ।

|  |
| --- |
| जानकारी खुलासा गर्नका लागि सहमति |

यो ती बाधाहरू सम्बोधन गर्ने र क्यान्सर परीक्षण पूरा गर्ने कुरासँग सम्बन्धित भएको हुनाले मेरो कुनै र सबै चिकित्सा तथा सामाजिक सेवा प्रदायक, क्लिनिक, अस्पताल, स्वास्थ्य बीमा योजनाहरूको र स्याहार प्राप्त गर्न BCCHP लाई मेरो स्वास्थ्य स्याहार र बाधाहरूबारे जानकारी एक-अर्कालाई प्रदान गर्न म अनुमति दिन्छु। यो सहमति फारामको म्याद मैले हस्ताक्षर गरेको मितिपछि 12 महिनामा समाप्त हुन्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले नेभिगेसन सेवाहरू प्राप्त गर्न जारी राख्नका लागि 12 महिनापछि फेरि सहमति दिनुपर्छ।

**BCCHP लाई खुलासा गरिएको कुनै पनि जानकारी कानुनद्वारा अनुमति दिइएको पूर्ण हदसम्म गोपनीय रहने छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु।** यो जानकारी मलाई, मेरो BCCHP सेवाहरूमा संलग्न भएका कर्मचारीहरू, Health Care Authority (HCA, स्वास्थ्य स्याहार निकाय) (लागूयोग्य भएमा Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, स्तन र पाठेघर क्यान्सर उपचार कार्यक्रम) का लागि) र Department of Health (DOH, स्वास्थ्य विभाग) (BCCHP को अनुदान स्रोत) लाई उपलब्ध हुने छ। यो जानकारी माथि व्याख्या गरिएअनुसार BCCHP का उद्देश्यहरू पूरा गर्न प्रयोग गरिने छ। BCCHP बाट प्राप्त नतिजामा कुनै पनि ग्राहकलाई नामबाट पहिचान गरिने छैन भन्ने रिपोर्टहरू प्रकाशन गरियो।

नेभिगेसन सेवाहरू प्राप्त गर्ने कुरा स्वैच्छिक हो र मैले कुनै पनि समयमा सेवाहरू प्राप्त गर्न रोक्न र जानकारी खुलासा गर्ने मेरो सहमति फिर्ता लिन सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

**मैले मेरो योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिने कुनै पनि जानकारी झुटो दिएमा, त्यसमा लाग्ने अभियोगहरूका लागि म जिम्मेवार हुन्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु।**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| यहाँ आफ्नो नाम लेखेर हस्ताक्षर गर्नुहोस् | मिति |  | साक्षी: स्वास्थ्य सुविधा | मिति |
| यहाँ आफ्नो नाम लेखेर हस्ताक्षर गर्नुहोस् |  |  | दोभाषे (प्रयोग गरिएको भएमा) | मिति |