ਅਧਿਕਾਰ#:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ਨੇਵੀਗੇਸ਼ਨ#:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ਛਾਤੀ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਸਿਹਤ ਨੇਵੀਗੇਸ਼ਨ ਸਹਿਮਤੀ

|  |
| --- |
| **ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਵੇਰਵਾ** |

**Breast and Cervical Health Program (BCCHP,** ਛਾਤੀ **ਐਂਡ ਸਰਵਾਈਕਲ ਹੈਲਥ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ)** ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਇੱਕ ਸਾਂਝਾ ਯਤਨ ਹੈ, Washington State Department of Health (DOH, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ) ਅਤੇ Centers for Disease Control and Prevention (CDC, ਰੋਗ ਨਿਯੰਤਰਣ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਕੇਂਦਰ) ਛਾਤੀ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਲਈ। ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਵਸਥਾ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। BCCHP ਇਹ ਮੰਨਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਹਨ ਜੋ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਤੋਂ ਪਰੇ ਹਨ। BCCHP ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕੁਝ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਬੀਮੇ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਪਰਵਾਹ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਲਈ ਸੰਭਵ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਕੇ ਛਾਤੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਟੈਸਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

|  |
| --- |
| ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ |

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਕਲੀਨਿਕਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ, ਅਤੇ BCCHP ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਮਿਆਦ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਨੈਵੀਗੇਸ਼ਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮੈਨੂੰ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਮੁੜ-ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣੀ ਪਵੇਗੀ।

**ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ BCCHP ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪੂਰੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਗੁਪਤ ਰਹੇਗਾ।** ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਲਈ, ਮੇਰੀਆਂ BCCHP ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ, Health Care Authority (ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਟੀ) Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, ਛਾਤੀ ਐਂਡ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਟ੍ਰੀਟਮੈਂਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ) ਲਈ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ), ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ (BCCHP ਦਾ ਫੰਡਿੰਗ ਸਰੋਤ) ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ BCCHP ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। BCCHP ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗਾਹਕ ਨੂੰ ਨਾਮ ਦੁਆਰਾ ਨਹੀਂ ਪਛਾਣਨਗੀਆਂ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਨੈਵੀਗੇਸ਼ਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।

**ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਝੂਠਾ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਦੋਸ਼ਾਂ ਲਈ ਜਵਾਬਦੇਹ ਹਾਂ।**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ਇੱਥੇ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਸਾਈਨ ਕਰੋ | ਮਿਤੀ |  | ਗਵਾਹ: ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤ | ਮਿਤੀ |
| ਇੱਥੇ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਛਾਪੋ |  |  | ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ (ਜੇ ਵਰਤਿਆ ਗਿਆ ਹੈ) | ਮਿਤੀ |