प्राधिकरण #:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ नेविगेशन #:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

स्तन और ग्रीवा स्वास्थ्य नेविगेशन सहमति

|  |
| --- |
| **कार्यक्रम विवरण** |

**Breast and Cervical Health Program (BCCHP,** **स्तन और ग्रीवा स्वास्थ्य कार्यक्रम)** स्तन और ग्रीवा के कैंसर की स्क्रीनिंग में सहायता के लिए स्वास्थ्य प्रदाताओं, Washington State Department of Health (DOH, वाशिंगटन राज्य स्वास्थ्य विभाग) और Centers for Disease Control and Prevention (CDC, रोग नियंत्रण एवं रोकथाम केंद्र) के बीच एक संयुक्त प्रयास है। स्क्रीनिंग का उद्देश्य शुरुआती चरण में कैंसर का पता लगाना है ताकि इसे रोका जा सके या आसानी से इसका इलाज किया जा सके। BCCHP यह स्वीकार करता है कि कैंसर जाँच प्राप्त करने में ऐसी बाधाएँ होती हैं जो बीमा कवरेज से परे होती हैं। BCCHP कार्यक्रम कुछ व्यक्तियों को बीमा स्थिति की परवाह किए बिना कैंसर स्क्रीनिंग के संभावित अवरोधों को संबोधित करके स्तन और/या ग्रीवा के कैंसर के स्क्रीनिंग परीक्षण कराने में मदद करने में सक्षम हो सकता है।

|  |
| --- |
| जानकारी प्रकट करने के लिए सहमति |

मैं किसी भी और अपने सभी चिकित्सा और सामाजिक सेवा प्रदाताओं, क्लीनिकों, अस्पतालों, स्वास्थ्य बीमा योजनाओं, और BCCHP को एक -दूसरे को मेरी स्वास्थ्य देखभाल और देखभाल प्राप्त करने में आने वाली बाधाओं के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए सहमति देता हूँ क्योंकि यह उन बाधाओं को दूर करने और कैंसर जांच को पूरा करने से जुड़ी होती है। मैं समझता हूँ कि यह सहमति पत्र मेरे द्वारा इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तिथि से 12 महीने बाद समाप्त होगा। नेविगेशन सेवाएँ प्राप्त करने के लिए मुझे 12 महीने बाद पुनः सहमति देनी होगी।

**मैं समझता हूँ कि BCCHP को जारी की गई कोई भी जानकारी कानून द्वारा अनुमत पूर्ण सीमा तक गोपनीय रहेगी।** यह जानकारी मुझे मेरी BCCHP सेवाओं में शामिल कर्मचारियों, Health Care Authority (स्वास्थ्य देखभाल प्राधिकरण) (Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, स्तन औरग्रीवा के कैंसर उपचार कार्यक्रम) यदि लागू हो), और Department of Health (BCCHP का वित्त पोषण स्रोत) के लिए उपलब्ध होगी। उपरोक्त वर्णित BCCHP के उद्देश्यों को पूरा करने के लिए जानकारी का उपयोग किया जाएगा। BCCHP के परिणामस्वरूप प्रकाशित रिपोर्ट्स में किसी भी ग्राहक की पहचान उसके नाम से नहीं होगी।

मैं समझता हूँ कि नेविगेशन सेवाएँ प्राप्त करना स्वैच्छिक है और मैं किसी भी समय सेवाएँ प्राप्त करना बंद कर सकता हूँ और जानकारी जारी करने से जुड़ी अपनी सहमति वापस ले सकता हूँ।

**यदि मैं अपनी पात्रता निर्धारित करने के लिए उपयोग की जाने वाली किसी भी जानकारी को मिथ्या सिद्ध करता हूँ, तो मैं समझता हूँ कि मैं शुल्कों के लिए उत्तरदायी रहूँगा।**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| यहाँ अपने नाम के हस्ताक्षर करें | दिनांक |  | गवाह: स्वास्थ्य सुविधा | दिनांक |
| यहाँ अपना नाम प्रिंट करें |  |  | दुभाषिया (यदि उपयोग किया जाता है) | दिनांक |