

معاوضہ کے لیے درخواست کیسے دیں

معاوضہ کے لیے درخواست کون دے سکتا ہے؟

جرم کے شکار معصوم افراد، مخصوص رشتہ داران، منحصرین، قانونی سرپرست اور اہل اچھے سامری آفس آف وکٹیم سروسز (Office of Victim Services, OVS) میں ایسے فاضل اخراجات کے معاوضے کے لیے درخواست دے سکتے ہیں جو بیمہ یا دوسرے وسائل کے ذریعے محیط نہیں ہیں۔

مجھے کس قسم کے اخراجات کا معاوضہ مل سکتا ہے؟

OVS ذاتی ضرر، موت اور لازمی ذاتی املاک کے نقصان سے متعلق معاوضہ دے سکتا ہے۔

OVS جن مخصوص اخراجات کا احاطہ کر سکتا ہے ان میں طبی اور مشاورتی اخراجات، ضروری ذاتی املاک کا نقصان، جرم کے منظر کی صفائی، اور ایسے دیگر نقصانات شامل ہیں جو جرم کا براہ راست نتیجہ ہیں۔

میں معاوضہ کی گزارش کیسے کروں؟

ہمیں دستاویزات کی کاپیوں کے ساتھ اپنی مکمل شدہ OVS کی درخواست بھیجیں جس کی درخواست OVS معاوضے کے لیے آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے کر سکتا ہے۔

اگر OVS کو درکار کچھ کاغذات میرے پاس نہیں ہیں تو کیا ہوگا؟

اپنی درخواست اسی وقت بھیجیں۔ آپ دیگر دستاویزات بعد میں بھیج سکتے ہیں۔

اگر جرم کی وجہ سے میری پراپرٹی کو خسارہ، نقصان ہوا تھا یا وہ تباہ ہو گئی تھی تو کیا ہوگا؟

اگر آپ کی عمر 18 سال سے کم، 60 سال یا اس سے زیادہ ہے، آپ معذور ہیں یا زخمی ہوئے تھے تو، آپ اپنی لازمی ذاتی املاک یا اس نقدی کو بدلنے کے واسطے مراعات کے لیے جس کا احاطہ دیگر وسائل سے نہیں ہوا تھا، درخواست دے سکتے ہیں۔

لازمی کا مطلب آپ کی صحت، حفاظت، یا فلاح و بہبود کے لیے جو ضروری ہے۔ اس میں وہ چشمے جو بیمہ میں شامل نہیں ہیں، بستر اور لباس جیسی اشیاء بلا تحدید شامل ہیں۔

اگر میں منتقل ہو جاتا ہوں تو کیا ہوگا؟

OVS کو ایک دستخط شدہ خط فوراً ڈاک سے بھیجیں یا ای میل کریں۔ ہمیں اپنا نیا پتہ اور فون نمبر بتائیں۔ اگر آپ کا ای میل پتہ تبدیل ہوتا ہے تو بھی ہمیں بتائیں۔

دعویٰ پر کون دستخط کر سکتا ہے؟

عام طور پر، متاثرہ شخص کو دعویٰ پر دستخط کرنا ضروری ہے۔ تاہم، اگر متاثرہ فرد کی عمر 18 سال سے کم ہے، یا وہ جسمانی یا ذہنی طور پر دستخط کرنے کے ناقابل ہے تو، پھر قانونی سرپرست (مراعات موصول کرنے والے شخص) کو دعویٰ کا سیکشن 2 پر کرنا اور دعوے پر دستخط کرنا لازم ہے۔

اگر متاثرہ شخص کی وفات ہو گئی ہے، تو مراعات مانگنے والے شخص کو اس دعویٰ فارم کا سیکشن 2 پر کرنا ہوگا اور دعویٰ پر دستخط کرنا ہوگا۔

کیا درخواست دینے کا دوسرا طریقہ ہے؟

ہاں۔ ovs.ny.gov ملاحظہ کر کے محفوظ وکٹیم سروس پورٹل (Victim Service Portal, VSP) تک رسائی حاصل کریں اور ایک درخواست آن لائن دائر کریں۔ پورٹل تک رسائی کے لیے آپ کو my.ny.gov پر ایک اکاؤنٹ بنانا ہوگا۔ آن لائن دعویٰ جمع کرانے میں مدد کے لیے، براہ کرم OVS سے 800-247-8035 پر رابطہ کریں یا OVSInfo@ovs.ny.gov پر ای میل کریں۔

کیا مجھے HIPAA فارم پُر کرنا ہوگا؟

شاید۔ یہ فارم آپ کی نجی صحت کی معلومات کی حفاظت میں مدد کرتا ہے۔ اگر آپ طبی یا مشاورتی اخراجات کا دعویٰ کر رہے ہیں، تو آپ کو ہر ایک خدمت فراہم کنندہ کے لیے ایک HIPAA فارم پُر کرنا ہوگا۔ آپ اضافی نقول بنانے کے لیے سادہ فارم کی فوٹو کاپی کر سکتے ہیں۔

معاوضہ کیا ہے؟

معاوضہ جرم کے مرتکب کے ذریعہ جرم کے نتیجے میں ہونے والے نقصانات یا چوٹوں کے لیے متاثرہ کو ادا کی جانے والی رقم ہے۔ عدالت کی طرف سے سزا سنائے جانے کے وقت اس کا آرڈر ہونا ضروری ہے اور اسے سزا کا حصہ مانا جاتا ہے۔ معاوضہ آئندہ خساروں، ذہنی کوفت، یا "درد اور ابتلاء" کے مدنظر نقصانات کی ادائیگی کے لیے نہیں ہے۔ مزید معلومات کے لیے، براہ کرم OVS سے 800-247-8035 پر رابطہ کریں یا OVS کی ویب سائٹ <https://ovs.ny.gov/legal-information> پر دیکھیں۔

کس کو معاوضہ مل سکتا ہے؟

کوئی بھی شخص جو کسی جرم کا شکار ہوا ہو اور اسے چوٹیں آئی ہوں، مالی نقصان، یا خسارہ ہوا ہو وہ معاوضہ طلب کر سکتا ہے۔

میں کیسے معاوضہ طلب کروں؟

آپ کو ڈسٹرکٹ اٹارنی کے دفتر سے رابطہ کرنا چاہیے اور انہیں بتانا چاہیے کہ آپ کی چوٹیں کتنی شدید ہیں، آپ کی استطاعت سے باہر ہونے والے نقصانات، اور آپ جس نقصان کی درخواست کر رہے ہیں وہ ساری باتیں بتائیں۔



معاوضہ کے لیے درخواست نیو یارک اسٹیٹ آف وکٹم سروسز

یہ فارم پُر کرنے سے پہلے
معاوضہ کے لیے درخواست
کیسے دیں گو پڑھیں۔

صرف متاثرہ فرد کی اعانت پروگرام کے استعمال کے لیے

ایڈووکیٹ کا نام/ای میل	پروگرام کا نام/فون	OVS VAP آئی ڈی نمبر
------------------------	--------------------	---------------------------

1. متاثرہ فرد کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

آخری نام	پہلا نام:	درمیانی نام	سوشل سیکورٹی نمبر <input type="checkbox"/> اگر آپ کے پاس نہیں ہے تو یہاں نشان زد کریں	تاریخ پیدائش	
ڈاک کا پتہ:					
گلی	اپارٹمنٹ نمبر (یا پوسٹ آفس باکس)	شہر:	کاونٹی:	ریاست (یا بیرون ملک)	زپ کوڈ
نسل/قومیت:					
<input type="checkbox"/> سفید فام <input type="checkbox"/> سیاہ فام <input type="checkbox"/> ہسپانوی <input type="checkbox"/> امریکی انڈین/الاسکا کا مقامی باشندہ <input type="checkbox"/> ایشیائی ہندوستانی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> جاپانی <input type="checkbox"/> فلپائنی <input type="checkbox"/> کوریائی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> بنگلہ دیشی <input type="checkbox"/> پاکستان <input type="checkbox"/> گوامینین <input type="checkbox"/> شیمارو <input type="checkbox"/> ساموا کا باشندہ <input type="checkbox"/> مقامی بوائی کا باشندہ <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> کثیر نسلی					
ازدواجی حیثیت:					
<input type="checkbox"/> تنہا <input type="checkbox"/> شادی شدہ <input type="checkbox"/> طلاق یافتہ <input type="checkbox"/> علیحدگی اختیار کردہ <input type="checkbox"/> بیوہ <input type="checkbox"/> پارٹنر کے ساتھ رہائش پذیر					
صنف:					
<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> جواب نہ دینے کو ترجیح دیتے ہیں					
کیا متاثرہ فرد جرم کے وقت معذور تھا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> نامعلوم					
آفس آف وکٹم سروسز کے بارے میں آپ نے پہلی بار کیسے سنا؟					
<input type="checkbox"/> پولس <input type="checkbox"/> ہسپتال <input type="checkbox"/> ڈسٹرکٹ اٹارنی <input type="checkbox"/> متاثرین کی امداد کا پروگرام <input type="checkbox"/> ریڈیو/TV <input type="checkbox"/> بروشر/پوسٹر <input type="checkbox"/> انٹرنیٹ <input type="checkbox"/> دیگر					

2. اگر آپ متاثرہ فرد نہیں ہیں، اور آپ اس دعویٰ پر دستخط کر رہے ہیں تو، آپ مدعی ہیں۔ ہمیں اپنے بارے میں بتائیں۔

(بدایات والے صفحہ پر "دعویٰ پر کون دستخط کر سکتا ہے؟" دیکھیں۔)

آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام	سوشل سیکورٹی نمبر <input type="checkbox"/> اگر آپ کے پاس نہیں ہے تو یہاں نشان زد کریں	تاریخ پیدائش
ڈاک کا پتہ:				
گلی	اپارٹمنٹ نمبر (یا پوسٹ آفس باکس)	شہر ملک	ریاست (یا بیرون ملک)	زپ کوڈ
متاثرہ فرد سے آپ کا رشتہ کیا ہے؟ (صرف ایک کو نشان زد کریں)				
<input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> شریک حیات <input type="checkbox"/> بچہ <input type="checkbox"/> قانونی سرپرست <input type="checkbox"/> اٹارنی <input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں)				

3. ہمیں جرم کے بارے میں بتائیں۔ (صرف ایک کو نشان زد کریں۔)

متاثرہ فرد کی وفات ہوئی بوجہ:	کیا متاثرہ زخمی ہوا تھا بوجہ:	متاثرہ فرد کو لازمی ذاتی املاک کا نقصان ہوا بوجہ:
<input type="checkbox"/> موٹر گاڑی (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> موٹر گاڑی (دیگر) <input type="checkbox"/> دہشت گردی <input type="checkbox"/> آتش زنی <input type="checkbox"/> انسانوں کی غیر قانونی تجارت <input type="checkbox"/> دیگر قتل عام	<input type="checkbox"/> جنسی زیادتی <input type="checkbox"/> بچے کے ساتھ جسمانی زیادتی/بے توجہی <input type="checkbox"/> بچے کے ساتھ جنسی زیادتی <input type="checkbox"/> موٹر گاڑی (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> موٹر گاڑی (DUI/DWI) نہیں <input type="checkbox"/> بچے کی فحش نگاری <input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> چوری <input type="checkbox"/> موٹر گاڑی (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> موٹر گاڑی (DUI/DWI) نہیں <input type="checkbox"/> انسانوں کی غیر قانونی تجارت <input type="checkbox"/> ڈکیتی (کوئی چوٹ نہیں) <input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):
جرم کا رپورٹ نمبر:		
جرم کہاں پر پیش آیا؟ (صرف ایک کو نشان زد کریں۔) دفتر <input type="checkbox"/> اپنی ملکیت والی رہائش گاہ <input type="checkbox"/> اپارٹمنٹ کی عمارت <input type="checkbox"/> پبلک اسٹریٹ <input type="checkbox"/> سب وے/ایس <input type="checkbox"/> پارکنگ لاٹ <input type="checkbox"/> ریسٹورنٹ/بار <input type="checkbox"/> اسکول/اسکول کے میدان <input type="checkbox"/> شاپنگ مال <input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):		
وہ کاؤنٹی جہاں جرم ہوا: _____ جرم کی تاریخ: _____ جرم کی اطلاع ملنے کی تاریخ: _____ اگر جرم کے ارتکاب کی تاریخ اور جرم کی رپورٹ کیے جانے کی تاریخ کے درمیان 7 دن سے زائد کا وقفہ ہے تو، وجہ بیان کریں: _____		
اگر جرم کی تاریخ اور یہ دعویٰ دائر کیے جانے کی تاریخ کے درمیان 1 سال سے زیادہ کا وقفہ ہے تو، وجہ بیان کریں: _____		
جرم کو خود اپنے الفاظ میں بیان کریں: _____		

4. معاوضہ:

کیا ڈسٹرکٹ اٹارنی (District Attorney, DA) نے عدالت سے معاوضہ کا حکم دینے کی درخواست کی ہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> نامعلوم
کیا عدالت نے مشکوک فرد کو آرڈر کیا ہے کہ وہ معاوضہ ادا کرے؟	<input type="checkbox"/> ہاں (رقم \$)	<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ابھی تک نہیں

5. اس جرم سے متعلق اپنے اخراجات کے بارے میں ہمیں بتائیں۔ (وہ سبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں۔)

نوٹ - اگر آپ معاوضہ کے اہل ہیں تو، OVS نیچے مندرج اخراجات کے لیے باز ادائیگی کرنے پر قادر ہو سکتا ہے۔ عدالت کے آرڈر کردہ تلافی کے حصے کے طور پر ان اٹنوں کی بھی درخواست کی جائے۔ اگر یہ فوجداری معاملہ ہے تو درخواست دہندگان کو استغاثہ کے ساتھ یہ معلومات شیئر کرنے کی ترغیب دی جاتی ہے۔ مزید معلومات کے لیے https://ovs.ny.gov/legal-information ملاحظہ کریں۔			
<input type="checkbox"/> طبی/ایمبولنس	<input type="checkbox"/> امداد سے محرومی (صرف موت کا دعویٰ)	<input type="checkbox"/> چھوٹی ہونی اجرتیں	<input type="checkbox"/> ذاتی نقل و حمل
<input type="checkbox"/> جرم کے جانے وقوع کی صفائی	<input type="checkbox"/> حرفتی/دوبارہ بحالی	<input type="checkbox"/> DV کی پناہ گاہ	<input type="checkbox"/> طبی/مشاورت
<input type="checkbox"/> سیکیورٹی ڈیوائس/سسٹم	<input type="checkbox"/> آخری رسوم/تدفین	<input type="checkbox"/> منتقلی/اسٹوریج	<input type="checkbox"/> عدالت
<input type="checkbox"/> مشاورت	<input type="checkbox"/> لازمی ذاتی املاک		
<input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):			

6. کوئی ایسی لازمی ذاتی املاک، جیسے نقدی، عینکیں، یا کپڑے درج کریں جنہیں اس جرم کے سبب بدلنے کی ضرورت ہے۔ (اگر کوئی نہیں ہے تو، 7 پر پہنچیں۔)

بیان کریں کہ کیا چھوٹ گیا/نقصان پہنچا:	لاگت	بیان کریں کہ کیا چھوٹ گیا/نقصان پہنچا:	لاگت
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. آپ کے پاس موجود دیگر مراعات یا بیمہ کے خاتوں کو چیک کریں جن سے اس جرم سے متعلقہ اخراجات کی ادائیگی میں مدد مل سکتی ہو:

<input type="checkbox"/> نجی صحت بیمہ (آجر یا خود تنخواہ کے ذریعے)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> SSDI/معذوری	<input type="checkbox"/> گھر/کرایہ دار کا بیمہ
<input type="checkbox"/> ثانوی صحت بیمہ	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> ورکرز کمپنیشن	<input type="checkbox"/> آٹو بیمہ
<input type="checkbox"/> NYS مارکیٹ پلیس بیلٹھ انشورنس	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> سابق فوجیوں کی مراعات	<input type="checkbox"/> کوئی نہیں
<input type="checkbox"/> NYS Essential Plan	<input type="checkbox"/> دیگر:		

8. کیا کوئی پرائیویٹ وکیل (ڈسٹرکٹ اٹارنی نہیں) آپ کی نمائندگی کر رہا ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں: _____
 وکیل کا نام _____
 پتہ _____
 فون نمبر _____

9. نمائندے سے بات کرنے کا اجازت نامہ

اگر آپ اپنے دعوے کے سلسلے میں فیملی ممبر، دوست یا دیگر شخص کو OVS سے بات کرنے کی اجازت دینا چاہیں تو، یہاں درج کریں:

_____ () _____
 فرد کا نام _____
 پتہ _____
 فون نمبر _____

10. متاثرہ فرد/مدعی کا اجازت نامہ

میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ آفس آف وکٹیم سروسز (Office of Victim Services, OVS) سے ایوارڈ قبول کرنا ایسے جرم کے تعلق سے کسی وصولی پر اسٹیٹ آف نیو یارک کے حق میں حق دعویٰ تخلیق کرتا ہے جس پر اس دعویٰ کی بنیاد ہے، جس میں کوئی فیصلہ، تصفیہ یا تلافی کے کسی آرڈر کی ادائیگی شامل ہیں۔ میں کسی فونرل ڈائریکٹر، اٹارنی، آجر، پولیس یا دیگر سرکاری اتھارٹی، بیمہ کمپنی یا مذکورہ بالا کو خدمات مہیا کرنے والے، اس کی جانکاری رکھنے والے کسی شخص کو OVS یا اس کے نمائندوں کو درج ذیل معلومات بہم پہنچانے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں: ورکرز کمپنیشن کے ریکارڈز، جرم سے یا جرم کے نتیجے میں ہونے والے کسی ضرر یا موت سے متعلق معلومات، اور اس دعویٰ سے متعلق معلومات۔ اگر کوئی ایوارڈ دیا جاتا ہے تو، میں OVS کو براہ راست خدمات کے فراہم کنندہ کو ادائیگی کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں VAP یا مقامی حکومت کے ادارے کو جرانم کے متاثرین کی مدد کرنے کے لیے میرے دعوے پر کارروائی کرنے، اس کا تعین کرنے، اور خدمات کو مربوط کرنے میں OVS کی مدد کرنے کے لیے OVS کو اس دعوے کے لیے مرتب کردہ اپنی معلومات اور ریکارڈز کو اس درخواست پر درج مقامی وکٹیم اسسٹنس پروگرام (Victim Assistance Program, VAP) یا نیویارک اسٹیٹ میں قائم کسی مقامی حکومتی ادارے کے ساتھ شیئر کرنے کی بھی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ اگر نیچے کوئی نجی وکیل بیان کیا گیا ہے تو، میں OVS کو یہ بھی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ میری معلومات اور اس دعویٰ کے لیے مرتب کردہ ریکارڈز وکیل کے ساتھ شیئر کرے تاکہ وہ میرے نمائندے کے طور پر کام کریں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس اجازت نامہ کے علاوہ میرے وکیل کی طرف سے ایک علیحدہ حاضری کا نوٹس (Notice of Appearance) درکار ہوگا۔ اگر کوئی فیملی ممبر، دوست یا دیگر فرد اس درخواست پر مندرج ہے تو، میں OVS کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ میری معلومات اور اس دعویٰ کے لیے مرتب کردہ ریکارڈز اس فرد کے ساتھ شیئر کرے تاکہ وہ اس دعویٰ میں میری اعانت کریں۔ میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست فارم پر میں نے جو معلومات دی ہیں وہ اور اس درخواست کی تائید میں فراہم کردہ کوئی دستاویزی شہادت درست اور مکمل ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست پر چھوٹا بیان دینا یا اس درخواست کی تائید میں ایسی دستاویزی شہادت جمع کروانا جو جھوٹی ہو، فوجداری جرم کے بطور قابل سزا ہو سکتا ہے۔ میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست کو مکمل کرنا کسی ایوارڈ کی ضمانت نہیں دیتا۔ اس اجازت نامہ کی کاپی کو اصل کی طرح مؤثر تصور کیا جائے گا۔

_____ () _____
 مدعی کے دستخط _____
 تاریخ _____
 دن کے وقت کا فون نمبر _____

ای میل: _____	وہ زبان جو آپ بولنا پسند کرتے ہیں: <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> ہسپانوی <input type="checkbox"/> چینی
	<input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> پیشین کریول <input type="checkbox"/> اطالوی <input type="checkbox"/> کوریائی <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> پشتو
	<input type="checkbox"/> بنگالی <input type="checkbox"/> فرانسیسی <input type="checkbox"/> اردو
	<input type="checkbox"/> دیگر _____

ترجمان کی ضرورت ہے: ہاں نہیں

آپ کے دعوے پر کارروائی کرنے کے لیے، ہمیں درج ذیل دستاویزات ڈاک سے بھیجیں: (ایک کاپی اپنے ریکارڈوں کے لیے رکھیں۔)

- اشیاء اور خدمات سے متعلق اخراجات کے تمام بل اور رسید جنہیں آپ نے اس دعویٰ فارم کے سیکشن 5 اور 6 میں بیان کیا ہے۔
- آپ کا مکمل کردہ، دستخط کردہ دعویٰ فارم
- ہر طبی اور ذہنی صحت فراہم کنندہ کو جو آپ نے اس جرم سے متعلق خدمات کے لیے دیکھا ہے ایک مکمل HIPAA فارم موصول ہوا ہے۔
- اس دعوے کے فارم کے سیکشن 5 اور 6 میں بیان کردہ اشیاء اور خدمات کے لیے ادائیگیوں سے انکار کرنے یا اجازت دینے والے بیمہ کنندگان یا سرکاری ایجنسیوں کے خطوط

یاد رکھیں: آپ کو OVS کے ادا کر پانے سے قبل اپنی بیمہ کمپنی یا بینیفٹس پلان کو بل بھیجنا ضروری ہے۔

اپنی دستاویزات اس پتے پر ڈاک سے بھیجیں: New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

اپنی دستاویزات اس پتے پر ای میل کریں: ovsintake@ovs.ny.gov



HIPAA کے بموجب معلومات صحت کے اجراء کے لئے اجازت نامہ [بہ نیو یارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت سے منظور شدہ ہے]

سوشل سیکورٹی نمبر __-XXX-XX	تاریخ پیدائش	مریض کا نام
		مریض کا پتہ

- میری، یا میرے مجاز نمائندہ کی درخواست ہے کہ میرا نگہداشت اور علاج کے سلسلے میں معلومات صحت اس فارم میں مذکور کے مطابق جاری کی جائیں:
- نیو یارک اسٹیٹ کے 1996 کے صحت بیمہ کی انتقال پذیری اور جوابدہی قانون (HIPAA) کے قانون اور رازداری کے اصول کے مطابق، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:
 - یہ اجازت نامہ شراب اور منشیات کے بیجا استعمال، ذہنی صحت کے علاج سے متعلق معلومات کے افشاء پر مشتمل ہے، سوائے فزیوتھراپی نوٹس اور HIV سے متعلق خفیہ معلومات کے صرف اس صورت میں کہ میں آئٹم 9(a) میں مناسب سطر پر اپنے مختصر دستخط کر دوں۔ ایسی صورت میں کہ نیچے بیان کردہ معلومات صحت میں ان اقسام کی معلومات میں سے کوئی شامل ہوں اور میں آئٹم 9(a) میں موجود باکس پر لائن پر اپنے مختصر دستخط کروں، میں خاص طور پر آئٹم 8 میں بیان کردہ شخص (اشخاص) کو اس طرح کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
 - اگر میں HIV سے متعلق، شراب یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں تو، وصول کنندہ کو میرے اجازت نامہ کے بغیر اس طرح کی معلومات کا دوبارہ افشاء کرنے سے ممنوع قرار دیا جاتا ہے الّا یہ کہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھ ان لوگوں کی فہرست طلب کرنے کا حق ہے جو اجازت نامہ کے بغیر HIV سے متعلق میری معلومات موصول یا استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر مجھے HIV سے متعلق معلومات کے اجراء یا افشاء کی وجہ سے امتیازی سلوک کا سامنا ہوتا ہے تو، میں نیو یارک اسٹیٹ کے شعبہ برائے انسانی حقوق سے 2493-480 (212) پر یا نیو یارک سٹی کے کمیشن برائے انسانی حقوق سے 306-7450 (212) پر رابطہ کر سکتا/سکتی ہوں۔ یہ ایجنسیاں میرے حقوق کا تحفظ کرنے کی ذمہ دار ہیں۔
 - مجھے نیچے مندرج نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو خط لکھ کر کہی بھی یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دینے کا حق ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دے سکتا/سکتی ہوں سوائے اس حد کے کہ اس اجازت نامہ کی بنیاد پر پہلے کارروائی ہو چکی ہو۔
 - میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس اجازت نامہ پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، صحت منصوبے میں اندراج، یا مراعات کے لیے اہلیت اس افشاء کے میرے اجازت نامے پر مشروط نہیں ہوگی۔
 - اس اجازت نامہ کے تحت افشاء کردہ معلومات کا وصول کنندہ کے ذریعے دوبارہ افشاء کیا جا سکتا ہے (آئٹم 2 میں جیسا مذکور ہے اس کو چھوڑ کر)، اور اس دوبارہ افشاء کا وفاقی یا ریاستی قانون کے ذریعے مزید تحفظ نہیں کیا جا سکتا۔
 - یہ اجازت نامہ آپ کو میری معلومات صحت یا طبی نگہداشت پر اٹارنی یا آئٹم 9(b) میں صراحت کردہ سرکاری ایجنسی کے علاوہ کسی سے بھی گفتگو کرنے کی اجازت نہیں دیتا ہے۔

7. یہ معلومات جاری کرنے کے لیے صحت فراہم کنندہ یا ہستی کا نام اور پتہ:

8. اس شخص (اشخاص) کا نام اور پتہ یا اس شخص کا زمرہ جس کو یہ معلومات بھیجی جائیں گی:

NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002

9(a). مخصوص معلومات جو جاری کرنی ہیں:

- طبی ریکارڈ از (تاریخ درج کریں) تا (تاریخ درج کریں)
- پورا طبی ریکارڈ، بشمول مریض کی سرگزشت، دفتر کے نوٹس (فزیوتھراپی نوٹس کے علاوہ)، ٹیسٹ کے نتائج، ریڈیولوجی کے مطالعے، فلمیں، حوالے، مشاورتیں، بلنگ کے ریکارڈ، بیمہ کے ریکارڈ، اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی طرف سے آپ کو مرسلہ ریکارڈز شامل کریں: (مختصر دستخط کر کے بیان کریں)
- دیگر _____

شراب/منشیات کا علاج _____

ذہنی صحت کی معلومات _____

HIV سے متعلق معلومات _____

معلومات صحت پر گفتگو کرنے کا اجازت نامہ _____

(b) یہاں دستخط کر کے _____ میں _____

نگہداشت صحت فراہم کنندہ فرد کا نام _____

دستخط _____

کو میرے وکیل، یا یہاں پر مندرج سرکاری ایجنسی کو میری معلومات صحت پر گفتگو کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں:

نیو یارک اسٹیٹ آفس آف وکٹم سروسز

(اٹارنی/فرم کا نام یا سرکاری ایجنسی کا نام)

11. تاریخ یا وقوعہ جب اس اجازت نامہ کی ميعاد ختم ہو جائے گی:
آفس آف وکٹم سروسز کی مراعات کے لیے فرد کی اہلیت ختم ہو جانے پر
اس اجازت نامہ کی ميعاد ختم ہو جائے گی.

10. معلومات کے اجرا کی وجہ:
نیو یارک اسٹیٹ آفس آف وکٹم سروسز کی مراعات کے لیے اہلیت قائم کرنے
کے مقاصد سے فرد کی درخواست پر.

13. مریض کی جانب سے دستخط کرنے کا اختیار:

12. اگر مریض نہیں ہیں تو، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:

اس فارم میں درج سبھی آئٹم مکمل کیے گئے ہیں اور اس فارم کے بارے میں میرے سبھی سوالوں کا جواب دیا گیا ہے۔ اس کے علاوہ، مجھے فارم کی ایک نقل دی گئی ہے۔
تاریخ: _____

مریض یا قانون سے اجازت یافتہ نمائندے کے دستخط _____

* ہیومن امیونو ڈیفینسینسی وائرس جو AIDS کا سبب بنتا ہے۔ نیو یارک اسٹیٹ کا صحت عامہ کا قانون ان معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول حد تک کسی فرد کی نشاندہی HIV کی علامات یا انفیکشن کے حامل، اور کسی شخص کے روابط کے سلسلے میں معلومات کے بطور کر سکتی ہیں۔