NEW YORK STATE | Office of Victim Services

دعوے کی درخواست اور ہدایات

تلافی کی درخواست کیسے دی جائے

کون تلافی کی درخواست دے سکتا ہے؟
جرائم کے متاثرین، کچھ رشتہ دار، منحصر افراد، قانونی سرپرست اور اہل Good Samaritans انشورنس اور دیگر وسائل کے احاطہ نہ کیے گئے اپنی جیب سے ادا کردہ اخراجات کی تلافی کے لئے دفتر برائے وکٹم سروسز (OVS) میں درخواست دے سکتے ہیں۔

کس قسم کے اخراجات کی تلافی کی جا سکتی ہے؟
OVS ذاتی چوٹ، موت اور اہم ذاتی پراپرٹی کے نقصان کے متعلق تلافی پیش کرتا ہے۔
OVS کے احاطہ کردہ مخصوص اخراجات میں طبی اور کاؤنسلنگ کے اخراجات، اہم ذاتی پراپرٹی کا نقصان، جرم کی جگہ کی صفائی اور جرم کے براہ راست نتیجے میں پیش آنے والے دیگر نقصانات شامل ہو سکتے ہیں۔

تلافی کی درخواست کیسے دی جا سکتی ہے؟
ہمیں اپنی مکمل شدہ OVS درخواست مع ان دستاویزات کی نقول ارسال کریں جن کی OVS آپ کی تلافی کی اہلیت کا تعین کرنے کے لئے درخواست کر سکتا ہے۔

اگر میرے پاس OVS کے درکار کچھ کاغذات نہ ہوں تو کیا ہو گا؟
اپنی درخواست فوراً بھیج دیں۔ آپ دیگر دستاویزات بعد میں بھیج سکتے ہیں۔

اگر جرم کی وجہ سے میری پراپرٹی کھو گئی تھی، اسے نقصان پہنچا تھا یا تباہ ہو گئی تھی تو کیا ہو گا؟
اگر آپ کی عمر 18 سال سے کم، 60 سال یا زائد ہے، آپ معذور ہیں یا زخمی ہو گئے تھے تو آپ اپنی ایسی *اہم* ذاتی پراپرٹی یا نقد بحال کرنے کے لئے بینیفٹس کی درخواست کر سکتے ہیں جس کا کسی اور وسیلے کے تحت احاطہ نہ کیا گیا ہو۔
اہم سے مراد آپ کی صحت، تحفظ یا بہبود کے لئے ضروری ہے۔ اس میں بلا تجدید انشورنس کی احاطہ نہ کردہ عینک، بستر اور لباس جیسی اشیاء شامل ہیں۔

اگر میں گھر تبدیل کروں تو؟
OVS کو فورا دستخط شدہ خط ارسال کریں یا ای میل کریں۔ ہمیں اپنا نیا پتہ اور فون نمبر بتائیں۔ اور اگر آپ کا ای میل ایڈریس تبدیل ہو تو بھی ہمیں بتائیں۔

کون دعوے پر دستخط کر سکتا ہے؟
عام طور پر ضروری ہوتا ہے کہ متاثرہ فرد دعوے پر دستخط کرے۔ تاہم اگر متاثرہ فرد کی عمر 18 سال سے کم ہو یا وہ جسمانی یا ذہنی طور پر دستخط کرنے کے قابل نہ ہو تو قانونی سرپرست (بینیفٹس وصول کرنے والا شخص) کو دعوے کا سیکشن 2 بھر کر دعوے پر دستخط کرنے ہوں گے۔
اگر متاثرہ فرد کی موت واقع ہو جائے تو بینیفٹس کی درخواست کرنے والے شخص کو اس دعویٰ فارم کا سیکشن 2 بھر کر دعوے پر دستخط کرنے ہوں گے۔

کیا درخواست کرنے کا کوئی اور طریقہ بھی ہے؟
جی ہاں۔ وکٹم سروس پورٹل (VSP) تک محفوظ رسائی کے لئے ovs.ny.gov ملاحظہ کریں اور آن لائن درخواست بھریں۔ پورٹل تک رسائی کے لئے آپ کو my.ny.gov اکاؤنٹ بنانے کی ضرورت ہو گی۔ آن لائن دعویٰ جمع کروانے میں مدد کے لئے براہ مہربانی OVS سے 800-247-8035 پر رابطہ کریں یا OVSInfo@ovs.ny.gov پر ای میل کریں۔

کیا HIPAA فارم بھرنا ضروری ہے؟
شاید۔ یہ فارم آپ کی صحت کی نجی معلومات کے تحفظ میں مددگار ہوتا ہے۔ اگر آپ طبی یا کاؤنسلنگ کے اخراجات کا دعویٰ کر رہے ہیں تو آپ کو ہر سروس فراہم کنندہ کے لئے HIPAA فارم بھرنا چاہیے۔ آپ اضافی نقول بنانے کے لئے خالی فارم فوٹوکاپی کر سکتے ہیں۔

زر تلافی سے کیا مراد ہے؟
زر تلافی سے مراد جرم کے نتیجے میں ہونے والے نقصانات یا چوٹوں کے لئے جرم کرنے والے کی طرف سے متاثرہ فرد کو ادا کردہ رقم ہے۔ سزا کے وقت عدالت کی طرف سے اس کا حکم دیا جانا چاہیے اور اسے سزا کا جزو تصور کیا جاتا ہے۔ زر تلافی سے مراد مستقبل کے نقصانات، ذہنی پریشانی یا "درد اور تکلیف" کے لئے رقم کی ادائیگی نہیں ہے۔ مزید معلومات کے لئے براہ مہربانی OVS سے 800-247-8035 پر رابطہ کریں یا https://ovs.ny.gov/legal-information پر OVS ویب سائٹ ملاحظہ کریں۔

کسے زر تلافی مل سکتی ہے؟
ہر وہ شخص جو کسی جرم سے متاثر ہوا ہو اور زخم، مالی نقصانات یا ضرر اٹھائے ہوں، زر تلافی حاصل کر سکتا ہے۔

زر تلافی کی درخواست کیسے دی جا سکتی ہے؟
آپ کو ڈسٹرکٹ اٹارنی کے دفتر سے رابطہ کرنا چاہیے اور انہیں بتانا چاہیے کہ آپ کے زخم کتنے شدید ہیں، آپ کے جیب سے ادا کردہ رقوم کے نقصانات کیا ہیں اور آپ تلافی کے لئے کتنی رقم کی درخواست کر رہے ہیں۔

رابطے کی معلومات

ڈاک کا پتہ:

NYS Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

مرکزی فون نمبر: 1-800-247-803

ویب سائٹ: https://ovs.ny.gov

ذیل پر درخواستیں اور دستاویزات ای میل کریں:
OVSIntake@ovs.ny.gov

تلافی کی درخواست
ریاست نیو یارک دفتر برائے وکٹم سروسز

یہ فارم بھرنے سے پہلے تلافی کی درخواست کیسے دی جائے پڑھیں۔

صرف متاثرین کے امدادی پروگرام کے استعمال کے لئے

OVS VAP ID#	پروگرام کا نام/فون	وکیل کا نام/ای میل

.1 ہمیں متاثرہ فرد کے بارے میں بتائیں۔

آخری نام	پہلا نام:	MI	سوشل سکیورٹی نمبر ☐ اگر آپ کے پاس نہیں ہے تو یہاں نشان لگائیں۔ __________-_______-_______	تاریخ پیدائش

ڈاک کا پتہ:

گلی | **اپارٹمنٹ نمبر (یا ڈاکخانہ)** | **شہر** | **کاؤنٹی** | **ریاست (یا غیر ملک)** | **زپ کوڈ**

نسل/قومیت: ☐ سفید فام ☐ سیاہ فام ☐ ہسپانوی ☐ امریکی انڈین/الاسکا کے مقامی باشندے ☐ ایشیائی ہندوستانی ☐ چینی ☐ جاپانی ☐ فلپینو ☐ کورین ☐ ویتنامی ☐ بنگلادیشی ☐ پاکستان ☐ گوامانیئن ☐ کیمورو ☐ سموئن ☐ ہوائی کے مقامی باشندے ☐ دیگر ☐ کثیر نسلی

کیا جرم کے وقت متاثرہ فرد معذور تھا؟
☐ہاں ☐نہیں ☐نامعلوم

ازدواجی حیثیت: ☐ غیر شادی شدہ ☐ شادی شدہ ☐ طلاق یافتہ ☐ علیحدگی ☐ بیوہ/رنڈوا ☐ ساتھی کے ساتھ رہائش پذیر

جنسی رجحان: ☐ ہم جنس پرست ☐ جنس مخالف کی طرف رجحان، یعنی ہم جنس پرست نہیں ☐ دو جنس پرست ☐ دو روحی (امریکی انڈین/الاسکا کے مقامی باشندے)
☐ میں کوئی اور اصطلاح استعمال کرتا/کرتی ہوں: ____________________ ☐ مجھے معلوم نہیں ☐ جواب نہیں دینا چاہتے

پیدائش کے وقت صنف:
☐مرد ☐عورت ☐X ☐جواب نہیں دینا چاہتے

کیا آپ خود کو مخنث (Transgender) سمجھتے ہیں؟
☐ ہاں ☐ نہیں ☐ مجھے معلوم نہیں ☐ جواب نہیں دینا چاہتے

صنفی شناخت: ☐ عورت ☐ مرد ☐ نان بائنری ☐ دو روحی (امریکی انڈین/الاسکا کے مقامی باشندے) ☐ مجھے معلوم نہیں
☐ میں کوئی اور اصطلاح استعمال کرتا/کرتی ہوں: ____________________ ☐ جواب نہیں دینا چاہتے

آپ کو پہلی مرتبہ دفتر برائے وکٹم سروسز کے بارے میں کیسے معلوم ہوا؟ ☐پولیس ☐ہسپتال ☐ڈسٹرکٹ اٹارنی ☐متاثرین کا امدادی پروگرام
☐ ریڈیو/ٹی وی ☐بروشر/پوسٹر ☐انٹرنیٹ ☐دیگر: ____________________

.2 اگر آپ متاثرہ فرد *نہیں* ہیں اور اس دعوے پر دستخط کر رہے ہیں تو آپ مدعی ہیں۔ ہمیں اپنے بارے میں بتائیں۔
(ہدایات کے صفحے پر "کون دعوے پر دستخط کر سکتا ہے؟" دیکھیں۔)

آخری نام	پہلا نام	MI	سوشل سکیورٹی نمبر ☐ اگر آپ کے پاس نہیں ہے تو یہاں نشان لگائیں۔ __________-_______-_______	تاریخ پیدائش

ڈاک کا پتہ:

گلی | **اپارٹمنٹ نمبر (یا ڈاکخانہ)** | **شہر** | **کاؤنٹی** | **ریاست (یا غیر ملک)** | **زپ کوڈ**

آپ کا متاثرہ فرد سے کیا تعلق ہے؟ (صرف ایک پر نشان لگائیں)
☐والد/والدہ ☐زوج ☐بچہ ☐قانونی سرپرست ☐اٹارنی ☐ دیگر (وضاحت کریں)______________________________

.3 ہمیں جرم کے بارے میں بتائیں۔ (صرف ایک پر نشان لگائیں۔)

ذیل کی وجہ سے **متاثرہ فرد کا انتقال ہوا:**	کیا ذیل کی وجہ سے **متاثرہ فرد کو چوٹ آئی:**		ذیل کی وجہ سے **متاثرہ فرد نے اہم ذاتی پراپرٹی کھوئی:**	
☐موٹر گاڑی (DUI/DWI) ☐موٹر گاڑی (دیگر) ☐دہشت گردی ☐آتش زنی ☐انسانی ٹریفکنگ ☒دیگر قتل	☐جنسی حملہ ☐بچے سے جسمانی بدسلوکی/غفلت ☐بچے سے جنسی بدسلوکی ☐موٹر گاڑی (DUI/DWI) ☐موٹر گاڑی (DUI/DWI نہیں) ☐بچوں کی پورنوگرافی ☐انسانی ٹریفکنگ ☐دیگر *(وضاحت کریں)*: __________	☐حملہ ☐تعاقب ☐اغواء ☐دہشت گردی ☐آتش زنی ☐راہزنی	☐ڈکیتی ☐موٹر گاڑی (DUI/DWI) ☐موٹر گاڑی (DUI/DWI نہیں) ☐انسانی ٹریفکنگ ☐راہزنی (چوٹ نہیں) ☐دیگر *(وضاحت کریں)*: __________	☐آتش زنی ☐مجرمانہ شرارت ☐فراڈ/مالی جرم

جرم کا رپورٹ نمبر:	**پولیس یا فوجداری انصاف کی ایجنسی جسے اطلاع دی گئی:**

جرم کہاں پیش آیا؟ (صرف ایک پر نشان لگائیں۔)
☐ملازمت ☐زیر ملکیت رہائش گاہ ☐اپارٹمنٹ بلڈنگ ☐پبلک اسٹریٹ ☐سب وے/بس ☐پارکنگ لاٹ ☐ریسٹوران/بار ☐اسکول/اسکول کا احاطہ ☐شاپنگ ☐مال
☐دیگر *(وضاحت کریں)*: _______

وہ کاؤنٹی جہاں جرم پیش آیا: ____________________ جرم کی تاریخ: ________________ جرم کی اطلاع دینے کی تاریخ: ________________

اگر جرم کی تاریخ اور جرم کی اطلاع کی تاریخ میں 7 دن سے زائد کا وقفہ تھا تو اس کی وجہ بیان کریں: ____

اگر جرم کی تاریخ اور یہ دعویٰ دائر کرنے کی تاریخ میں 1 سال سے زائد کا وقفہ تھا تو اس کی وجہ بیان کریں: ______________________________

اپنے الفاظ میں جرم کی وضاحت کریں:

____

____

(پچھلے صفحے سے جاری ہے)

____

____

.4 زر تلافی:

کیا ڈسٹرکٹ اٹارنی (DA) نے عدالت سے زر تلافی کے حکم کی درخواست کی ہے؟	کیا عدالت نے مشتبہ شخص کو زر تلافی کی ادائیگی کا حکم دیا ہے؟
☐ ہاں ☐ نہیں ☐ نامعلوم	☐ ہاں: رقم $________☐ نہیں ☐ ابھی تک نہیں

.5 اس جرم سے متعلق اپنے اخراجات کے بارے میں ہمیں بتائیں۔ *(تمام قابل اطلاق آپشنز پر نشان لگائیں۔)*

نوٹ – اگر آپ تلافی کے اہل ہیں تو OVS درج ذیل اخراجات کا معاوضہ ادا کر سکتا ہے۔ ان آئٹمز کے لئے عدالت کی حکم دی گئی زر تلافی کے حصے کے طور پر بھی درخواست کی جانی چاہیے۔ درخواست گزاروں کو ترغیب دی جاتی ہے کہ اگر مجرمانہ کیس ہو تو استغاثہ کے ساتھ بھی اس معلومات کا اشتراک کریں۔ مزید معلومات کے لئے https://ovs.ny.gov/legal-information ملاحظہ کریں۔

☐ طبی/ایمبولنس	☐ سپورٹ کا نقصان (صرف موت کا دعویٰ)	☐ کھوئی گئی اجرت	☐ ذاتی آمدورفت
☐ جرم کی جگہ کی صفائی	☐ پیشہ وارانہ/بحالی	☐ DV شیلٹر	☐ طبی/کاؤنسلنگ
☐ سکیورٹی ڈیوائس/سسٹم	☐ جنازہ/تدفین	☐ منتقلی/اسٹوریج	☐ عدالت
☐ کاؤنسلنگ	☐ اہم ذاتی پراپرٹی		
☐ دیگر **(وضاحت کریں)**:			

.6 اہم ذاتی پراپرٹی، جیسا کہ نقد، عینک یا لباس، درج کریں جسے اس جرم کی وجہ سے دوبارہ لینے کی ضرورت ہے۔
(اگر کوئی نہیں تو باقی چھوڑ کر 7 پر جائیں۔)

وضاحت کریں کہ کیا چیز کھوئی تھی/خراب ہوئی تھی:	قیمت	وضاحت کریں کہ کیا چیز کھوئی تھی/خراب ہوئی تھی:	قیمت
.1	$	.3	$
.2	$	.4	$

.7 اپنے دیگر بینیفٹس یا انشورنس کے خانوں پر نشان لگائیں جو اس جرم سے متعلق اخراجات کی ادائیگی میں مدد کر سکتے ہیں:

☐ نجی ہیلتھ انشورنس (ایمپلائر یا ذاتی ادائیگی کے ذریعے)	☐ چائلڈ ہیلتھ پلس	☐ SSDI/معذوری	☐ گھر/کرایہ دار کی انشورنس
☐ ثانوی ہیلتھ انشورنس	☐ میڈی کیئر	☐ ملازم کا معاوضہ	☐ آٹو انشورنس
☐ NYS مارکیٹ پلیس ہیلتھ انشورنس	☐ میڈک ایڈ	☐ سابق فوجیوں کے بینیفٹس	☐ کوئی نہیں
☐ NYS ایسنشل پلان	☐ دیگر:		

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

اگر ہاں:

______________________________ (   )______

وکیل کا نام پتہ فون #

.9 نمائندے سے بات کرنے کی اجازت۔

اگر آپ فیملی کے کسی فرد، دوست یا دیگر شخص کو اپنے دعوے کے بارے میں OVS سے بات کرنے کی اجازت دینا چاہتے ہیں تو یہاں درج کریں:

______________________________ (   )______

شخص کا نام پتہ فون #

.10 متاثرہ فرد/مدعی کی اجازت

میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ دفتر برائے وکٹم سروسز (OVS) کی طرف سے ایوارڈ قبول کرنے کی بدولت، جس جرم پر یہ دعوی مبنی ہے، اس سے وابستہ کسی بھی حصولی بشمول کسی فیصلے، تصفیے یا زر تلافی کے حکم کی ادائیگیوں پر ریاست نیو یارک کو حق تصرف حاصل ہوتا ہے۔ میں ہر اس جنازے کے ڈائریکٹر، اٹارنی، آجر، پولیس یا دیگر عوامی اتھارٹی، انشورنس کمپنی یا ایسے شخص کو، جس نے مذکورہ بالا کو خدمات فراہم کیں یا جو اس کا علم رکھتا ہے، OVS یا اس کے نمائندوں کو درج ذیل معلومات فراہم کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں: کارکنوں کے معاوضے کے ریکارڈز، جرم کے متعلق معلومات یا جرم کے نتیجے میں زخموں یا موت کی معلومات، اور اس دعوے سے متعلقہ معلومات۔ اگر کوئی ایوارڈ دیا جاتا ہے تو میں OVS کو خدمات فراہم کرنے والے کو براہ راست ادائیگی کا اختیار دیتا/دیتی ہوں۔ میں OVS کو اس بات کا بھی اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ اس دعوے کے لئے مرتب کردہ ریکارڈ اور میری معلومات کو اس درخواست پر درج مقامی متاثرین کے امدادی پروگرام (VAP) یا جرائم کے متاثرین کی مدد کے لئے ریاست نیویارک میں قائم مقامی حکومت کے کسی بھی ادارے سے شیئر کرے، تاکہ OVS کو میرے دعوے پر کارروائی کرنے، اس کا تعین کرنے اور خدمات کو مربوط کرنے میں مدد دی جا سکے۔ اگر میں نے اس درخواست پر کوئی نجی وکیل درج کیا ہے تو میں OVS کو اس بات کا اختیار بھی دیتا/دیتی ہوں کہ وہ اس دعوے کے لئے مرتب کردہ ریکارڈز اور میری معلومات کو وکیل کے ساتھ شیئر کرے تاکہ وہ میرے نمائندے کے طور پر کام کر سکے۔ مجھے ادراک ہے کہ اس اجازت کے علاوہ میرے وکیل کی طرف سے ایک علیحدہ پیشی کے نوٹس کی ضرورت ہو گی۔ اگر اس درخواست میں خاندان کا کوئی رکن، دوست یا کوئی دوسرا شخص درج ہے تو میں OVS کو اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ اس دعوے کے لئے مرتب کردہ ریکارڈز اور میری معلومات کو اس شخص کے ساتھ شیئر کرے تاکہ وہ اس دعوے میں میری مدد کر سکیں۔ مجھے ادراک ہے کہ OVS کو میرے دعوے کے متعلق ریکارڈ کے متعلق عدالتی حکم دیا جا سکتا ہے۔ OVS سے قانون کے ذریعے اس طرح کے حکم کو ماننے کا تقاضا کیا جا سکتا ہے لیکن وہ ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات سمیت مخصوص معلومات کاٹ کر ریکارڈز پیش کرے گا۔ میں اس درخواست پر دی گئی معلومات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں اور اس درخواست کے ساتھ فراہم کردہ تمام دستاویزات درست اور مکمل ہیں۔ مجھے ادراک ہے کہ اس درخواست پر غلط معلومات دینا اور اس درخواست کی حمایت میں غلط دستاویزات فراہم کرنا فوجداری جرم کے طور پر قابل سزا ہو سکتا ہے۔ میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست کو مکمل کرنے پر کسی ایوارڈ کی ضمانت نہیں ہے۔

اس اجازت نامے کی فوٹو کاپی کو اصل کی طرح مؤثر سمجھا جائے گا۔

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

ای میل: ______________________	**آپ کس زبان میں بات کرنے کو ترجیح دیتے ہیں:** ☐انگریزی ☐ہسپانوی ☐چینی ☐عربی ☐ہیشن کریول ☐اطالوی ☐کورین ☐روسی ☐یدش ☐بنگالی ☐فرانسیسی ☐اردو ☐دیگر
مترجم کی ضرورت: ☐ ہاں ☐نہیں	

آپ کے دعوے پر عمل درآمد کرنے کے لئے براہ مہربانی OVS کو درج ذیل دستاویزات بھیجیں۔ اپنے ریکارڈز میں ایک نقل رکھیں۔

- آپ کا مکمل شدہ، دستخط کردہ دعویٰ فارم۔
- اس دعویٰ فارم کے سیکشن 5 اور 6 میں آپ کی بیان کردہ اشیاء اور خدمات سے متعلق اخراجات کے تمام بل اور رسیدیں۔
- اس جرم سے متعلقہ خدمات کے لئے آپ جن طبی اور ذہنی صحت کے فراہم کنندگان سے ملے تھے، ان میں سے ہر ایک کے لئے ایک مکمل HIPAA فارم۔
- اس دعویٰ فارم کے سیکشن 5 اور 6 میں آپ کی بیان کردہ اشیاء اور خدمات کی ادائیگیاں قبول یا مسترد کرنے کے متعلق بیمہ کاروں یا سرکاری ایجنسیوں کے خطوط

یاد رکھیں: ضروری ہے کہ OVS کی ادائیگی سے **پہلے** آپ اپنی انشورنس کمپنی یا بینیفٹس پلان کو بل دیں۔

اپنی دستاویزات ذیل پر ارسال کریں: ریاست نیو یارک دفتر برائے وکٹم سروسز
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

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

OCA آفیشل فارم نمبر: 960　　　　*HIPAA*

HIPAA کے لئے صحت کی معلومات جاری کرنے کی اجازت
[اس فارم کو ریاست نیو یارک کے محکمۂ صحت نے منظور کیا ہے]

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	سوشل سکیورٹی نمبر
		XXX-XX-__________
مریض کا پتہ		

میں یا میرا مجاز نمائندہ درخواست کرتے ہیں کہ میری نگہداشت اور علاج کے متعلق صحت کی معلومات کو اس فارم میں درج معلومات کے مطابق جاری کیا جائے:

ریاست نیو یارک کے قانون اور ہیلتھ انشورنس کی نقل پذیری اور احتساب کے قانون 1996 (HIPAA) کے رازداری کے اصول کے تحت، مجھے ادراک ہے کہ:

1. اس اجازت میں **الکوحل** اور **منشیات کے غلط استعمال**، **ذہنی صحت کے علاج**، ماسوائے سائیکوتھیراپی نوٹس، اور **HIV* سے متعلقہ خفیہ معلومات** کے متعلق معلومات کا انکشاف شامل ہو سکتا ہے، بشرطیکہ میں آئٹم 9(a) میں مناسب سطر میں اپنے نام کے ابتدائی حروف لکھوں۔ اگر ذیل میں بیان کردہ صحت کی معلومات میں ان میں سے کسی قسم کی معلومات شامل ہوں اور میں آئٹم 9(a) کے خانے میں سطر پر اپنے نام کے ابتدائی حروف لکھ دوں تو میں خاص طور پر آئٹم 8 میں درج شخص/اشخاص کے لئے ایسی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں
2. اگر میں HIV سے متعلقہ، الکوحل یا منشیات کے علاج یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات کے اجراء کی اجازت دوں تو وصول کنندہ کو میری اجازت کے بغیر ایسی معلومات دوبارہ ظاہر کرنے کی اجازت نہیں ہو گی، ماسوائے یہ کہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت اسے یہ کرنے کی اجازت حاصل ہو۔ مجھے ادراک ہے کہ مجھے اجازت کے بغیر میری HIV سے متعلقہ معلومات وصول یا استعمال کرنے والے لوگوں کی فہرست کی درخواست کرنے کا اختیار حاصل ہے۔ اگر HIV سے متعلقہ معلومات جاری یا ظاہر ہونے کی وجہ سے مجھے امتیازی سلوک کا سامنا کرنا پڑے تو میں ریاست نیو یارک کے ڈویژن برائے انسانی حقوق سے (212) 480- 2493 پر یا نیو یارک شہر کے انسانی حقوق کے کمیشن سے (212) 306-7450 پر رابطہ کر سکتا/سکتی ہوں۔ یہ ایجنسیاں میرے حقوق کے تحفظ کی ذمہ دار ہیں۔
3. مجھے کسی بھی وقت درج ذیل طبی معالج کو خط لکھ کر یہ اجازت واپس لینے کا اختیار حاصل ہے۔ مجھے ادراک ہے کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی جو کارروائی کی جا چکی ہو، اس حد کے علاوہ میں یہ اجازت واپس لے سکتا/سکتی ہوں۔
4. مجھے ادراک ہے کہ اس اجازت نامے پر دستخط کرنا میری مرضی پر منحصر ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ہیلتھ پلان میں اندراج یا بینیفٹس کی اہلیت اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہو گی۔
5. اس اجازت نامے میں ظاہر کی گئی معلومات کو وصول کنندہ دوبارہ ظاہر کر سکتا ہے (آئٹم 2 میں درج نوٹ کے علاوہ)، اور ممکن ہے کہ دوبارہ ظاہر کردہ معلومات کو مزید وفاقی یا ریاستی قانون کا تحفظ حاصل نہ ہو۔
6. **یہ اجازت نامہ آپ کو آئٹم 9 (b) میں درج اٹارنی یا سرکاری ایجنسی کے علاوہ کسی سے میری صحت یا طبی نگہداشت کی معلومات پر بات چیت کرنے کی اجازت نہیں دیتا۔**

7. یہ معلومات جاری کرنے والے طبی معالج یا ادارے کا نام اور پتہ:

8. اس شخص/اشخاص کا نام اور پتہ جسے یہ معلومات بھیجی جائیں گی:
NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002

9(a) جاری کی جانے والی مخصوص معلومات:
- ☐ (تاریخ درج کریں)__________ سے (تاریخ درج کریں) تک طبی ریکارڈ______
- ☐ مکمل طبی ریکارڈ، بشمول مریض کی ہسٹری، آفس نوٹس (سائیکوتھیراپی نوٹس کے علاوہ)، ٹیسٹ کے نتائج، ریڈیولوجی کے مطالعات، فلمز، ریفرلز، مشاورت، بلنگ ریکارڈز، انشورنس ریکارڈز اور دیگر طبی معالجین کی طرف سے آپ کو بھیجے گئے ریکارڈز۔
- ☐ دیگر:______________________ شامل کریں: **(نام کے ابتدائی حروف درج کر کے نشاندہی کریں)**
  ____
  - **الکوحل/منشیات کا علاج**__________
  - **ذہنی صحت کی معلومات**__________
  - **HIV سے متعلقہ معلومات**__________

صحت کی معلومات پر بات چیت کی اجازت

(b) ☐ یہاں اپنے نام کے ابتدائی حروف لکھ کر__________________ میں ____________________________
نام کے ابتدائی حروف　　　　انفرادی طبی معالج کا نام
کو میرے اٹارنی یا یہاں درج سرکاری ایجنسی کے ساتھ میری صحت کی معلومات پر بات چیت کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
ریاست نیو یارک دفتر برائے وکٹم سروسز
(اٹارنی/فرم کا نام یا سرکاری ایجنسی کا نام)

10. معلومات کے اجراء کا سبب:	11. وہ تاریخ یا واقعہ جس پر اس اجازت کی میعاد ختم ہو جائے گی:
ریاست نیو یارک دفتر برائے وکٹم سروسز کے بینیفٹس کی اہلیت قائم کرنے کے مقاصد سے فرد کی درخواست پر۔	**دفتر برائے وکٹم سروسز کے بینیفٹس کے لئے فرد کی اہلیت ختم ہونے پر اس اجازت کی میعاد ختم ہو جائے گی۔**
12. اگر مریض نہیں تو فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:	13. مریض کی طرف سے دستخط کرنے کا اختیار:

اس فارم کے تمام آئٹم مکمل کیے گئے ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جوابات دیے گئے ہیں۔ اس کے علاوہ مجھے اس فارم کی نقل فراہم کی گئی ہے۔

______________________　　تاریخ:______________________

مریض یا قانون کے تحت مجاز نمائندے کے دستخط

* **ہیومن امیونوڈیفیشنسی وائرس جو AIDS پیدا کرتا ہے۔ ریاست نیو یارک کا صحت عامہ کا قانون منطقی طور پر کسی میں HIV کی علامات یا انفیکشن کی شناخت کر سکنے والی معلومات اور اس شخص کے رابطے کے بارے میں معلومات کی حفاظت کرتا ہے۔**