

Insert Council Logo

## **ਹੋਰਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ**

## **ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ**

## ਜਹਿ ਦੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ਇਸ ਸਰਵੇਖਣ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ:

* ਕਿ ਲੋਕ ਕਿਨੇ-ਕ-ਖੁਸ਼ ਹਨ ਆਪਣੇ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਦੇ ਨਾਲ।
* ਕਿ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਸਥਾਨਕ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਤਜਰਬੇ ਕੀ ਹਨ।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ: | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵੇਲੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੀ  ਸਹਿਮਤੀ ਵੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। |  |  |
| ਜੇ ਮੈਂ ਹਿੱਸਾ ਨਾਂ ਲੈਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਲਵਾਂ ਤੋ ਜੋ ਬੀ ਦੇਖਭਾਲ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਵੇਲੇ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਤੇ ਜੋ ਬੀ ਸਹੂਲਤਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮਿਲਦਿਆਂ ਹਨ ਜਿਹਦੀ ਮਦਦ ਮੈਂ  ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਾ ਕਰੇ। |  |  |
| ਸਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਦ ਤੱਕ ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ ਕਿ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੂੰ ਖਤਰਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ  ਮੇਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪਹਿਲੂ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਮੁੱਦੇ ਨੂੰ ਅਨੁਭਵ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। |  |  |
| ਮੇਰਾ ਨਾਮ ਕਦੇ ਵੀ ਵਰਤਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿਸੀ ਵੀ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ,ਜੋ ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। |  |  |
| ਮੈਂ ਦੇਖਣ ਲਈ ਤੇ ਪੜੋਣ ਲਈ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੋ ਬੀ ਪ੍ਸ਼ਨਾਵਲੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਉਹੱਦੇ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ। |  |  |
| ਜੇ ਇੰਟਰਵਿਊਅਰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੇ ਬਾਰੇ ਚਿੰਤਤ ਹੋ ਜਾਏ, ਉਹ ਅੱਗੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਚਰਚਾ ਕਰੇ ਗੇਂ। |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  ਇੰਟਰਵਿਊ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ |  |  |
| ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੀ ਸਕ੍ਰਿਪਟ (04/06/2025 v1) ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਸਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ  ਮੈਂ ਸਰਵੇਖਣ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ |  |  |

ਦਸਤਖਤ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ (ਤਰੀਕ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ਅਗਰ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਸਰਵੇਖਣ ਤੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਿਆ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਵੇਰਵੇ ਇੱਥੇ ਦਿਓ ਜੀ:

ਨਾਂ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ਫਾਰਮ ਤੇ ਲਿਖੇ ਹੋਏ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ਸਰਵੇਖਣ ਲਈ ਸੰਪਰਕ :**

[Contact name, email address, postal address and phone number]