

Insert Council Logo

## **दूसरों की देखभाल**

**सहमति** फार्म

जिसके लिए सहमति फार्म \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

इस सर्वेक्षण का उपयोग किया जाएगा यह देखने के लिए:

* लोग उनकी देखभाल और सहायता सेवाओं के साथ कितने क खुश हैं।
* स्थानीय देखभाल सेवाओं के बारे लोगों के अनुभवों का आकलन।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| मैं समझता/समझती हूँ कि : | **हाँ** | **नाँह** |
| मैं अपना मन बदल सकता/सकती हुँ और किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकता/सकती हुँ I |  |  |
| यदि मैं भाग नां लेने का फैसला लुँ तो मेरी किसी भी वर्तमान देखभाल में कोइ भी प्रभावित नहीं करेगा, नाँ तो मेरी सेवाओं मैं नाँ ही उन लोगों की वर्तमान सेवाओं मैं, जो सहायता प्राप्त करते है,कोइ भी चुक नहीं आनि चाहिए। |  |  |
| एकत्रित की गई सभी जानकारी निजी रखी जाएगा, जब तक मैं यह संकेत नाँ दुँ कि मेरा स्वास्थ्य और मेरी सुरक्षा खतरे में है, या फिर मैं अपनी  देखभाल के किसी भी पहलू को ले कर एक गंभीर समस्या का सामना कर रहा हूँ। |  |  |
| मेरा नाम कभी भी उपयोग नहीं किया जाएगा इस अध्ययन के बारे और लिखती रुप में । |  |  |
| मैं देखने या पढ़वाने के लिए पूछ सकता/सकती हुँ इससे पहले कि जो भी प्रश्नावली प्रपत्र पर रिकॉर्ड किया गया है वो इस्तेमाल किया जाए |  |  |
| यदि साक्षात्कारकर्ता मेरे स्वास्थ्य और सुरक्षा के बारे में चिंतित हो जांए,  तो वे साक्षात्कार के साथ आगे बढ़ने से पहले मेरे साथ चर्चा करें। |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  साक्षात्कार बंद कर दिया जाएगा।  मैं पुष्टि करता हूं कि मुझे साक्षात्कार लिपि प्राप्त हुयी है और उसमे जो भी जानकारी दी गई है उसे मैंने अच्छी तरह से समझ लिया है (04/06/2025 v1) |  |  |
| मैं इस सर्वेक्षण में भाग लेने के लिए सहमत हुँ। |  |  |

हस्ताक्षर किए तारीख

यदि किसी भी व्यक्ति के सर्वेक्षण के जवाब की ओर से हस्ताक्षर हो, तो नीचे अपने विवरण दर्ज करें:

नाम: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

फार्म पर नाम वाले व्यक्ति से संबंध \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सर्वेक्षण के लिए संपर्क **:**

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