

Insert Council Logo

## **आपकी सामाजिक देखभाल तथा सहायता सेवाएं**

**सहमति पत्र**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ के लिए सहमति पत्र

इस सर्वेक्षण से जानकारी को निम्न के लिए इस्तेमाल किया जाएगा:

* यह देखना कि लोग अपनी देखभाल तथा सहायता सेवाओं से कितने खुश हैं।
* स्थानीय देखभाल सेवाओं के प्रति लोगों के अनुभवों का मूल्यांकन करना।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| मैं समझता/समझती हूँ कि: | **हाँ** | **नहीं** |
| मैं किसी भी समय अपना मन बदल सकता/सकती हूँ और अपनी सहमति वापस ले सकता/सकती हूँ। |  |  |
| यदि मैं भाग न लेने का फैसला लेता/लेती हूँ, तो इससे वर्तमान में मुझे मिल रही सेवाओं पर कोई असर नहीं पड़ेगा। |  |  |
| एकत्र की गई पूरी जानकारी को गोपनीय रखा जाएगा।  इसका एकमात्र अपवाद यह है कि यदि मैं यह इंगित करता/करती हूँ कि मेरे स्वास्थ्य और सुरक्षा को खतरा है या मैं अपनी देखभाल के किसी भी पहलू के साथ गंभीर मुद्दों का सामना कर रहा/रही हूँ। |  |  |
| अध्ययन के बारे में लिखी जाने वाली किसी भी चीज़ में मेरा नाम कभी भी इस्तेमाल नहीं किया जा जाएगा। |  |  |
| प्रश्नावली फार्म को इस्तेमाल किए जाने से पहले, मैं इस पर दर्ज की गई बातों को देखने या मुझे पढ़ कर सुनाए जाने के लिए कह सकता/सकती हूँ। |  |  |
| यदि साक्षात्कार लेने वाला मेरे स्वास्थ्य और सुरक्षा के बारे में चिंतित हो जाता है, तो साक्षात्कार में आगे बढ़ने से पहले वे इस बारे में मेरे साथ चर्चा करेंगे। |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  इंटरव्यू को रिकॉर्ड किया 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 (04/09/2025) |  |  |
| मैं इस सर्वेक्षण में भाग लेने के लिए सहमत हूँ |  |  |

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

यदि सर्वेक्षण के जवाब देने वाले व्यक्ति की ओर से कोई अन्य व्यक्ति हस्ताक्षर कर रहा है, तो नीचे उसके विवरण दर्ज करें:

नाम \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

फॉर्म पर नामित व्यक्ति से संबंध \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

सहमति लेने वाले साक्षात्कारकर्ता का नाम:

नाम \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**सर्वेक्षण के लिए संपर्क करें:**

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