

Insert Council Logo

## **ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਮਾਜਕ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ**

**ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

ਇਸ ਸਰਵੇਖਣ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇਗਾ:

* ਇਹ ਦੇਖਣਾ ਕਿ ਲੋਕ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਕਿੰਨੇ ਖੁਸ਼ ਹਨ।
* ਸਥਾਨਕ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਤਜਰਬਿਆਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨਾ।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ: | **ਹਾਂ** | **ਨਹੀਂ** |
| ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। |  |  |
| ਜੇ ਮੈਂ ਹਿੱਸਾ ਨਾ ਲੈਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਮੈਨੂੰ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ। |  |  |
| ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੋਪਨੀਯ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ।  ਇਸ ਦਾ ਅਪਵਾਦ ਕੇਵਲ ਓਦੋਂ ਹੋਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਇਹ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਜ਼ੋਖਮ ਵਿਚ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੱਖ ਦੇ ਬਾਰੇ ਗੰਭੀਰ ਮੁੱਦਿਆਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ। |  |  |
| ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਲਿਖੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਮੇਰਾ ਨਾਮ ਕਦੇ ਵੀ ਵਰਤਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾਵੇਗਾ। |  |  |
| ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਮੈਂ ਇਸ 'ਤੇ ਦਰਜ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਗੱਲਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। |  |  |
| ਜੇ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਬਾਰੇ ਫਿਕਰਮੰਦ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੰਟਰਵਿਊ ਵਿੱਚ ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਹ ਇਸ ਬਾਰੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰੇਗਾ। |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  ਇੰਟਰਵਿਊ ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। |  |  |
| ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੀ ਸਕ੍ਰਿਪਟ (04/09/2025) ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਸਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ |  |  |
| ਮੈਂ ਇਸ ਸਰਵੇਖਣ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ |  |  |

ਦਸਤਖਤ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ਜੇ ਸਰਵੇਖਣ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵੱਲੋਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਉਸਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦਰਜ ਕਰੋ:

ਨਾਮ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਨਾਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ਸਹਿਮਤੀ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਇੰਟਰਵਿਊ ਕਰਤਾ:

ਨਾਮ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ਸਰਵੇਖਣ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:**

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