

## د زده کوونکي د داخيلدو فورمه

(دا فورمه دی د زده کوونکي پلار مور يا ولی له خوا دکه شي - ټولی برخی باید ولوستل او دکي شي)

۱. د لمري زده کوونکي معلومات

الف) زده کوونکي نوم:	ب) کورني نوم:
پ) د زيږيدلو نېټه: / /	ت) جنس: نارينه/ بشپينه
ث) ژبي چي په کورکي پري خبري کوي:	ج) کلتوري تاريخچه:
خ) د ښوونځي نوم:	ح) په کورني کار پروگرام کي دبرخي اخيستو وجه:
د اصلي ښوونکي نوم (او دبريښنا ليک پته که معلومه وي):	
د زده کوونکي د کومو مضمونو دپاره مرستي ته رتيا لري؟	
د) آيا زده کوونکي کومه طبي/ يا روغتيايي ستونځي لري؟ هو / نه (مهرباني وکړي داځه وکارئ) که ځواب هو وي، مهرباني وکړي زيات معلومات ورکړئ: (د اسم، مهرباني وکړي د اسم د پلان يوه کاپي برابره کړئ).	
ذ) آيا زده کوونکي په قاعده ډول دوا خوري؟ هو / نه (مهرباني وکړي داځه وکارئ) که ځواب هو وي، مهرباني وکړي تفصيل يي وليکي:	
ر) آيا زده کوونکي کومې خاصې اړتياوې لري چي پروگرام په هغو اړتياوو ځيښ شي؟ هو / نه (مهرباني وکړي داځه وکارئ) که ځواب هو وي، مهرباني وکړي زيات معلومات ورکړئ:	
ز) مخکي له دښه چي زده کوونکي آستراليا ته راشي څو کاله په ښوونځي کي لوست کړيدي؟	

۲. د پيژندنه يا معرفي

تاسو د کورني کار دپروگرام په هکله څنگه خبرتيا تر لاسه کړه؟
--

۳. د پلار مور يا ولي معلومات

الف) پلار مور يا ولي نومون:	کورني نوم:		
ب) دکور پته: -			
پ) ټيلفون نمبر: د کور		د کار نمبر:	گرځنده يا موبايل نمبر:
ث) په هغه ژبو چي خبري کيږي: -		آيا ژباړونکي ته اړتيا شته: هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>	

۴. معمولي روغتيايي پاملرونکي

الف) د ډاکټر نوم / روغتيايي خدمت (کلينیک): \_\_\_\_\_ (ب) ټيلفون: \_\_\_\_\_

پ) د زده کوونکي د Medicare (مېډيڪر نمبر) (اختياري): \_\_\_\_\_

ت) هر ډول نور تفصيلات (متخصص يا نور): \_\_\_\_\_

۵. په عاجل حالت ارتباطي څوک يا کسان:

الف) نوم: \_\_\_\_\_ (ب) د زده کوونکي/زده کوونکو سره به خپلوي: \_\_\_\_\_

پ) ټيلفون نمبر: د کور \_\_\_\_\_ د کار نمبر: \_\_\_\_\_ گرځنده يا موبایل نمبر: \_\_\_\_\_

ت) په هغه ژبو چې خبری کيږي: \_\_\_\_\_ (ب) آیا ژباړوونکي نقا ارتيا شتف: هو  نه

ث) نوم: \_\_\_\_\_ (ج) د زده کوونکي/زده کوونکو سره به خپلوي: \_\_\_\_\_

چ) ټيلفون نمبر: د کور \_\_\_\_\_ د کار نمبر: \_\_\_\_\_ - گرځنده يا موبایل نمبر: \_\_\_\_\_

خ) په هغه ژبو چې خبری کيږي: \_\_\_\_\_ (خ) آیا ژباړوونکي نقا ارتيا شتف: هو  نه

\* زه دغو زده کوونکو ته چې نومونه پورته لیکل شويدي اجازه ورکوم چې \_\_\_\_\_ او زه به پروگرام بقا د هغه تگ راتگ بندوبست وکړم.

\* زه به عاجل حالت کې د روغتيايي علاج اجازه پورتنې نوموړي زده کوونکي ته ورکوم. که ممکن نه چې زما سره خبرې وشي، زه موافقه لرم چې مؤلف کارکوونکي به خپله ټوله هڅه وکړي چې د هغه چا سره چې نوم يې د عاجل تماس په لست کې لیکل شويدي اړيکه ونيسي. ولې، که دوی ونشي کولای هغه پيدا کړي، زه کارکوونکي بقا اجازه ورکوم چې نوموړل شوی زده کوونکي ډاکټر يا روغتون ته د طبي يا روغتيايي مرستې کوم چې ضرورت وي بوځي. ډاکټر هر هغه طبي يا جراحي علاج چې هغه ورف عقیده لري چې لازمي ده ورکړي.

\* زه هغه \_\_\_\_\_ بقا اجازه ورکوم چې د بنوونځي او / يا بنوونکي / بنوونکو سره د نوموړي زده کوونکي په اړوند ونيسي ترڅو په کله سره د هغوی د علمي نتايجو د بنوع والي په هکله تماس ونيسي.

\* زه د پروگرام ارزښت ټاکونکي بقا اجازه ورکوم چې د نوموړل شوي زده کوونکي، دهغوی د کورني کار بنوونکي او بنوونځي د بنوونکو سره د دوی د تجربو او دزده کړی نتايجو په اړوند خبرې وکړي. زه په دې پوهيږم چې دا معلومات ټول خوندي يا محرم پاتې کيږي او يواځې اړوند کارکوونکي سره چې که لازمي وي شريک کيږي.

\* زه \_\_\_\_\_ او دخوانانو څو کلتوری مرکز ته اجازه ورکوم چې د عکسونه د پروگرام په ترڅ کې د موادو د لورنیا، د خبري رسانو او نورو خپرونو په مقصد استفاده وکړي. **هو/ نه ( مهرباني وکړي دايره وکارئ )**

**د محرميت يا خونديتوب بيان :** کوم شخصي معلومات چې په دې فورمه کې راغونډ شوي دي د زده کوونکو د \_\_\_\_\_ گډون يا داخلیدو په مقصد او د پلرمور / يا وليانو / بنوونځيو يا ډاکټر يا معاون ډاکټر ته په عاجلو حالتو کې د تماس دپاره دي. هرډول ارزښت ورکولو رپورټ پرمختگ به د خانگري گډون کوونکي پيژندنه څرگنده نه کړي. دا معلومات به د شريکو ټولنو او هغه مؤسسو سره \_\_\_\_\_ چې د پيسو مرستف کوي شريک شي.

ما دا سند ولوست او دهغه د شرطو سره چې فهرست شوي دي موافقه وکړله :

د پلرمور يا ولی نوم: \_\_\_\_\_

د پلرمور يا ولی دستخط: \_\_\_\_\_

نېټه: \_\_\_\_\_

ما دا سند ولوست او دهغه د پورتنیو شرطو سره موافقه وکړله:

د زده کوونکي نوم: \_\_\_\_\_

د زده کوونکي دستخط: \_\_\_\_\_

نېټه: \_\_\_\_\_