

د ویرمانټ (VERMONT) د روغتیا خانګه

د طبي کړنې بورډ

108 Cherry Street - PO Box

70 Burlington, VT 05402-0070

تېلېفون: 802-657-4220 / فکس: 802-657-4227

په Vermont کې په بشپړه توګه وړيا: 800-745-7371

برېښنا ليک: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

د وکالتنامه لرونکي کس له لوري د طبي سوابقو خپرولو لپاره اجازه

اړوندو کسانو ته:

زه له دې لارې تاسو ته اجازه درکوم چې د Vermont روغتیا خانګې، د طبي کړنې بورډ او/يا يې ټاکل شوي استازي او د لوی څارنوال دفتر ته ټول معلومات له کوم فيډ او شرط پرته وړاندې کړئ، کوم چې ستاسو په ملکیت يا واک کې دي په شمول د _____ (د زيږون نېټه _____)، دا که شفاهي وي او که په ليکلي بڼه (د هغو سوابقو په شمول کوم چې د نورو د روغتیا د متخصصينو يا روغتيايي پاملرني ادارو لخوا درکړل شوي)، چې په جسمي، رواني او عاطفي حالتونو يا ټپي کېدو يا داسې ناروغۍ پورې اړوند وي چې په اړه يې له تاسو سره مشوره شوي يا د هغو لپاره بنايي چې تاسو خدمتونه ورکړي وي. زه له دې لارې تصدیقوم چې زه يو وکالتنامه لرم چې ماته اجازه راکوي چې د حقيقي وکیل په توګه دا کار وکړم لپاره د _____، او دا چې دا وکالتنامه لغو يا محدود شوي نه ده. د وکالتنامې يوه کاپي ضميمه شوي.

يوازې د Vermont د روغتیا خانګې، د طبي کړنې بورډ او د لوی څارنوال دفتر ته د خپرولو د دغې اجازې په اړه، او د بل هيڅ مقصد لپاره نه، د دغه کس _____ په استازيتوب، زه پدې توګه په څرګند ډول محرميت او / يا کوم امتيازات يا معافیتونه معاف کوم کوم چې دې معلوماتو ته د فدرالي قانون لخوا ورکړل شوي، په شمول د هغو موادو چې په 2 برخه، 42 CFR کې مطرح شوي، او زه تاسو زما د غوښتنې سره سم د Vermont د روغتیا خانګې، د طبي کړنې بورډ ته دغه کس _____ ته د وړاندې شوي روغتيايي پاملرني د ځيني اړخونو د ارزولو لپاره د معلوماتو خپرولو پر اړه مسؤل نه نيسم.

دغه اجازه هر وخت لغو کېدې شي، پرته لدې چې تاسو يې له مخې کوم اقدام کړی وي. که چيرې دمخه لغوه شوي نه وي، نو دا واک به د وروستۍ عمل په جريان کې پای ته ورسېږي، پشمول د قضايي پريکړې يا د طبي کړنې د بورډ لخوا ترسره شوي هر هغه اقدام چې د دې معلوماتو پورې اړه لري، يا، که داسې اقدام ونه شي، نو د نيټې څخه به 365 ورځې کې پای ته ورسېږي.

تاسو دغه راز اجازه لرئ چې په ليکلي يا شفاهي بڼه د معلوماتو په اړه په مستقيم ډول د Vermont د روغتیا خانګې، د طبي کړنې بورډ يا د هغه له لوري ټاکل شوي استازي او دغه راز د لوی څارنوال دفتر ته په دوامداره توګه راپور ورکړئ، تر هغه وخته پورې چې دا اجازه پای ته ورسېږي يا لغوه شي.

د دغې اجازې يوه قانون سره سم تصدیق شوي فوټوسټيټيک کاپي بايد د دې پر ځای کار وکړي.

نېټه _____ نوم _____

چاپ شوی

لاسليک _____

پته _____

بنار، ايالت، زيپ کوډ _____