د ﻣﻌﻠﻮﻣﺎﺗﻮ ﺧﭙﺮوﻟﻮ ﻟﭙﺎره د ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ څﺨﮫ اﺟﺎزت

زه اﺟﺎزت ورﮐﻮم د ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ ﭘﺮوګﺮام **ﭼﯥ ﻻﻧﺪﯾﻨﻲ ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت ﺧﭙﺎره ﮐړي:** ﭘﮫ ﻣﻨﻨﮫ **او ﯾﺎ ﻧﮫ** ﺧﻮښ ﮐړئ ﻟﮫ دې دﭘﺎره ﭼﯥ آﯾﺎ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ

دا ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت ﺧﭙﺎره ﮐړي ﮐﮫ ﻧﮫ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| د ﻏﺬاﺋﯿﺖ د ﭘﺎﻣﻠﺮﻧﯥ ﭘﻼن | ﻧﮫ [ ] | او [ ] |
| د ﺧﻮراﮐﻲ ﺗﻮﮐﻮ/ﻓﺎرﻣﻮﻟﯥ ﻧﺴﺨﮫ | ﻧﮫ [ ] | او [ ] |
| د ﺻﺤﺖ د ﺑﯿﻤﯥ ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت | ﻧﮫ [ ] | او [ ] |
| ﻗﺪ/ اوږدواﻟﯽ/ وزن | ﻧﮫ [ ] | او [ ] |
| ھﯿﻤﻮګﻠﻮﺑﯿﻦ/ ھﯿﻤﺎټﻮﮐﺮﯾټ/ﺳﯿﮑﮫ | ﻧﮫ [ ] | او [ ] |
| د واﮐﺴﯿﻦ ﺣﻔﺎظﺘﻲ ټﯿﮑﯥ | ﻧﮫ [ ] | او [ ] |
| د ﻣﻼﻗﺎﺗﻮﻧﻮ/ﻟﯿﺪﻧﻮ ھﻤﻐږي | ﻧﮫ [ ] | او [ ] |
| ﻧﻮر څﮫ )ظﺎھﺮ ﯾﯥ ﮐړئ(   | ﻧﮫ [ ] | او [ ] |

# د ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ رﯾﮑﺎرډ څﺨﮫ:

د ګډوﻧﻮال ﻧﻮم: د زﯾږون ﻧﯿټﮫ: / /

# ﭼﺎ ﺗﮫ ﭼﯥ ﻟﯿﮑﻞ ﮐﯧږي:

د ﻓﺮد )اﻓﺮاد( ﻧﻮم او/ﯾﺎ د ﺑﻨﺴټ ﻧﻮم:

] [ ﭘﮫ ﻣﻨﻨﮫ ټﮏ ووھﺊ ﮐﮫ ﭼﯿﺮې ﺗﺎﺳﻮ ﻏﻮاړئ ﭼﯥ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ دې ﺑﺮه ورﮐړې ﺷﻮې ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت

'ﻣﺎس ھﯿﻠﺘﮭـ' / ﭘﺎﺋﯿﺪار طﺒﻲ ﺳﺎﻣﺎن )ډي.اﯾﻢ.اي( ورﮐﻮﻟﻮ واﻟﮫ ﺗﮫ ﺧﭙﺎره ﮐړي.

# ﭘﮫ ﻻﻧﺪﯾﻨﻮ ورﮐړې ﺷﻮې وﺟﻮھﺎﺗﻮ:

د دې ﻣﻌﻠﻮﻣﺎﺗﻮ ﺷﺮﯾﮑﻮﻟﻮ وﺟﮫ ﺑﯿﺎن ﮐړئ. ﮐﮫ ﺗﺎﺳﻮ ﻧﮫ ﻏﻮاړئ ﭼﯥ وﺟﮫ/وﺟﻮھﺎﺗﻮ ﯾﯥ ﺑﯿﺎن ﮐړئ ﻣﻮ

ﻓﻘﻂ 'زﻣﺎ ﭘﮫ ﻋﺎرﺿﮫ' ﭘﮑښﯥ وﻟﯿﮑﺊ:

• زه ﭘﻮھﯿږم ﭼﯥ دﻟﺘﮫ ځﯿﻨﻲ ﻟﯿﺴټ ﺷﻮې اﻓﺮاد ﯾﺎ ﺑﻨﺴټﻮﻧﮫ ﮐﯿﺪﯾﺸﻲ د وﻓﺎﻗﻲ ﯾﺎ اﯾﺎﻟﺘﻲ/رﯾﺎﺳﺘﻲ ﻗﺎﻧﻮن ﭘﺎﺑﻨﺪ ﻧﮫ وي، او ﮐﯿﺪﯾﺸﻲ دوي د دې وړ وي ﭼﯥ ھﻐﮫ ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت ﻣﺨﮑښﯥ ﺧﭙﺎره ﮐړي ﮐﻮم ﭼﯥ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ دوي

ﺗﮫ ورﮐﻮي.

• زه ﻋﺎرﺿﮫ ﮐﻮم ﭼﯥ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ ﭘﺮوګﺮام دې زﻣﺎ ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت ﮐﻮم ﭼﯥ ﺑﺮه ذﮐﺮ ﺷﻮې دي، ﺧﭙﺎره ﮐړي، ﮐﮫ څﮫ ھﻢ زه ﭘﻮھﯧږم ﭼﯥ وﻓﺎﻗﻲ ﻗﺎﻧﻮن ﻻﻧﺪې ﻣﺎﺗﮫ دا ﺣﻖ ﺣﺎﺻﻞ دې ﭼﯥ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ څﺨﮫ ﻣﺮﺳﺘﯥ

ﺗﺮﻻﺳﮫ ﮐړم او د ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ ګډون واﻟۍ رﯾﮑﺎرډوﻧﮫ ﻣﯥ ﺷﺨﺼﻲ/ﺧﻮﻧﺪي وي. زه ﮐﻮﻟﯥ ﺷﻢ ﭼﯥ ﭘﮫ دې

اﺟﺎزت ﻧﺎﻣﯥ د ﻻﺳﻠﯿﮏ څﺨﮫ اﻧﮑﺎر وﮐړم. ﮐﮫ زه ﭼﯿﺮې داﺳﯥ وﮐړم ﻧﻮ زﻣﺎ/ زﻣﺎ د ﺑﭽﻲ ﭘﮫ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ

وړﺗﻮب او ﻣﺮﺳﺘﻮ ﺑﮫ ھﯿڅ اﺛﺮ ﻧﮫ ﭘﺮﯾﻮځﻲ.

• زه ﭘﻮھﯿږم ﭼﯥ زه ﺧﭙﻞ ذھﻦ ﺑﺪﻟﻮﻟﯽ ﺷﻢ او څﮫ وﺧﺖ ھﻢ دا اﺟﺎزت ﻧﺎﻣﮫ ﻟﻐﻮه ﮐﻮﻟﯥ ﺷﻢ. د ھﻐﯥ ﻟﭙﺎره ﺑﮫ زه

ﮐﻮوم ﭼﯥ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ ﺗﮫ ﺧﻂ وﻟﯿﮑﻲ او ھﻐﮫ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ ﭘﺮوګﺮام ﺗﮫ ﯾﯥ ﻻﺳﻲ ﯾﻮﺳﻢ ﯾﺎ واﺳﺘﻮم ﯾﯥ ﭼﺮﺗﮫ څﺨﮫ ﭼﯥ زه اوس دا اﺟﺎزه ورﮐﻮم. ﯾﻮ ځﻞ ﮐﮫ ډﺑﻠﯿﻮ.آﺋﻲ.ﺳﻲ ﯾﻮ ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت ﺧﭙﺎره ﮐړي، زه ﭘﻮھﯧږم

ﭼﯥ ﺑﯿﺎ زﻣﺎ دﭘﺎره ﺑﯥ وﺧﺘﮫ/ ﻓﻀﻮل دي ﭼﯥ اﺟﺎزه ﻟﻐﻮه ﮐړم.

# ګډوﻧﻮال/ واﻟﺪﯾﻦ/ ﺳﺎﺗﻮﻧﮑﻲ ﻻﺳﻠﯿﮏ:

**د ګډوﻧﻮال ﺳﺮه رﺷﺘﮫ:**  **ﻧﯿټﮫ: / /**

# دا اﺟﺎزه د ﻻﺳﻠﯿﮏ ﮐﯧﺪو د ﻧﯿټﯥ څﺨﮫ واﺧﻠﮫ ﺗﺮ ﯾﻮ ﮐﺎل ﭘﻮرې ﺑﺎوري ده.

دا اداره ﺑﺮاﺑﺮې ﻣﻮﻗﻌﯥ ورﮐﻮﻧﮑﯥ

Authorization for Release of Information – WIC Form # 267 Revised 09/2023 - Pashto