

অন্যান্য সেবায় প্রেরণের জন্য অবহিত সম্মতি
১২ জুন ২০২৬ সালের ডিক্রি-আইন, নং ১০০

নিম্নস্বাক্ষরকারী_____

জন্মস্থান_____ জন্মতারিখ_____

ঘোষণা করছি যে, প্রয়োজনে একজন মধ্যস্থতাকারীর সহায়তায়, আমার বোধগম্য একটি ভাষায় আমাকে অবহিত করা হয়েছে যে, বিশেষ মূল্যায়ন এবং প্রয়োজনে পরবর্তী সেবা গ্রহণের জন্য আমাকে অন্য এক বা একাধিক সেবায় প্রেরণ করা প্রয়োজন।

তারিখ_____

_____ _____

স্বাক্ষর চিকিৎসকের স্বাক্ষর

_____

সাংস্কৃতিক মধ্যস্থতাকারীর স্বাক্ষর

অপ্রাপ্তবয়স্কের ক্ষেত্রে ফর্মটি অবশ্যই পিতা/ মাতা অথবা অভিভাবক দ্বারা পূরণ করতে হবে।

নিম্নস্বাক্ষরকারী_____

জন্মস্থান_____ জন্মতারিখ_____,

অপ্রাপ্তবয়স্কের পিতা/মাতা/অভিভাবক_____

জন্মস্থান_____ জন্মতারিখ_____

ঘোষণা করছি যে, প্রয়োজনে একজন মধ্যস্থতাকারীর সহায়তায়, আমার বোধগম্য একটি ভাষায় আমাকে অবহিত করা হয়েছে যে, বিশেষ মূল্যায়ন এবং প্রয়োজনে পরবর্তী সেবা গ্রহণের জন্য অপ্রাপ্তবয়স্ককে অন্য এক বা একাধিক সেবায় প্রেরণ করা প্রয়োজন।

তারিখ_____

_____ _____

স্বাক্ষর চিকিৎসকের স্বাক্ষর

_____

সাংস্কৃতিক মধ্যস্থতাকারীর স্বাক্ষর