NEW YORK STATE | Division of Criminal Justice Services

پارٹ A کٹ – جنسی حملہ
شواہد جمع کرنے اور جاری کرنے یا ذخیرہ کرنے کے لیے مریض کی رضامندی کا فارم

مریض کا لیبل منسلک کریں
یا مریض کا نام درج کریں: ____________________

اضافی معلومات			
مریض کا فون:		مریض کا ای میل:	
سہولت کا نام:			

ہدایات: یہ فارم اس وقت استعمال کیا جاتا ہے جب جنسی حملے کا مریض یا سرپرست کے ثبوت جمع کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ براہ کرم نامزد خطوط پر مریض/سرپرستوں کے ابتدائی نام شامل کریں۔ فارم کے نیچے مکمل دستخط درکار ہیں۔

ایک بالغ نابالغ جو ہسپتال کے ایمرجنسی ڈپارٹمنٹ میں پیش کرتا ہے، جنسی حملے کے بعد کی دیکھ بھال کے دوران، والدین کی شمولیت کے بغیر، فرانزک امتحان کے لیے رضامندی دے سکتا ہے یا رضامندی نہ دینے کا انتخاب کر سکتا ہے۔

اس رضامندی کے فارم کا مقصد جنسی زیادتی کے طبی فرانزک امتحان کے تمام اجزاء کو بیان کرنا نہیں ہے۔ مکمل طور پر باخبر رضامندی مریض سے پورے امتحان کے دوران فراہم کنندہ، مریض اور سرپرست کے درمیان جاری زبانی رابطے کے ذریعے حاصل کی جانی چاہیے، اگر کوئی ہو۔ اس فارم کو مریض کے الیکٹرانک میڈیکل ریکارڈ میں محفوظ کریں۔ ایک کاپی اجازت دینے والے شخص (مریض اور یا سرپرست) اور قانون نافذ کرنے والے اداروں کو تقسیم کی جا سکتی ہے، اگر جاری کی جائے۔

جنسی جرم کے ثبوت جمع کرنے کی رضامندی

میں اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ فراہم کنندہ کو *نیویارک اسٹیٹ جنسی جرم کے ثبوت جمع کرنے کی کٹ، پارٹ A (New York State Sexual Offense Evidence Collection Kit, Part A)* کا استعمال کرتے ہوئے مجھے جانچنے اور جنسی زیادتی کے شواہد جمع کرنے دیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اس میں مجھ سے میری ذاتی اور طبی سرگزشت کے بارے میں پوچھنا، ممکنہ زخموں یا دیگر طبی مسائل کے لیے میرا معائنہ کرنا، اور ثبوت کے لیے نمونے لینا شامل ہو سکتا ہے۔ اگر ضرورت ہو تو میں زخمیوں کی تصویروں کے لیے بھی رضامندی کا انتخاب کر سکتا ہوں۔ اگر میں قانون نافذ کرنے والے اداروں کو جرم کی اطلاع دینا چاہتا ہوں تو یہ ثبوت استعمال کیے جائیں گے۔

میں سمجھتا ہوں کہ میں کسی بھی وقت اس امتحان کے کسی بھی یا تمام حصوں اور ثبوت جمع کرنے کو نہیں کہہ سکتا ہوں۔ فراہم کنندہ نے مجھے "نیو یارک اسٹیٹ سیکسول اسالٹ وکٹم بل آف رائٹس" کی ایک کاپی دے کر اور مجھے اس کی وضاحت کرنے کی پیشکش کرکے اپنے حقوق کے بارے میں بتایا ہے۔

براہ کرم اپنی پسند کے آگے اپنی ابتدائی معلومات درج کریں:

ثبوت اکٹھا کرنا — ہاں ______ نہیں ______

تصاویر — ہاں ______ نہیں ______

... صفحہ 2 پر جاری رہیں

نیویارک ریاست کے قانون کے مطابق، اس دستاویز کے ترجمہ شدہ ورژن نامزد زبانوں میں https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm پر دستیاب ہیں۔

جنسی جرم کے ثبوت جاری کرنے یا ذخیرہ کرنے کی رضامندی

میں قانون نافذ کرنے والے اداروں کو اپنے کیس کے بارے میں بتانے اور مجھ سے جمع کی گئی معلومات اور ثبوت قانون نافذ کرنے والے اداروں کو دینے کا فیصلہ کر سکتا ہوں۔ شواہد میں شامل ہو سکتا ہے *نیویارک ریاست جنسی جرم کے ثبوت کا مجموعہ کِٹ پارٹ A*، *نیویارک ریاست جنسی جرم کے ثبوت جمع کرنے کا کٹ پارٹ B*، تصاویر، اور/ یا امتحان کے دوران جمع کی گئی کوئی دوسری ذاتی اشیاء۔ قانون نافذ کرنے والے ادارے میرے ثبوت جانچ کے لیے فرانزک لیب کو دیں گے۔

یا، میں فیصلہ کر سکتا ہوں کہ میں قانون نافذ کرنے والے اداروں کو مطلع نہیں کرنا چاہتا یا اپنے ثبوت اور معلومات جمع کرنے کی اجازت نہیں دینا چاہتا۔ مجھے بتایا گیا ہے کہ میرے جمع کردہ شواہد کو 20 سال تک محفوظ ذخیرہ میں رکھا جائے گا۔ اگر میں نہیں چاہتا ہوں کہ میرا ثبوت قانون نافذ کرنے والے اداروں کو 20 سالہ اسٹوریج کی مدت کے اندر دیا جائے، تو اسے بعد میں ریاستی اور مقامی قوانین کے مطابق ترک کر دیا جائے گا۔

میں سمجھتا ہوں کہ میں اپنے ثبوت کو کسی بھی وقت قانون نافذ کرنے والے اداروں کو جاری کرنے کا انتخاب کر سکتا ہوں جب تک کہ اسے ترک نہ کر دیا جائے۔ اپنے ثبوت کو جاری کرنے کے لیے، میں طبی فراہم کنندہ، جس نے اسے جمع کیا، قانون نافذ کرنے والے ادارے، متاثرین کی مدد کے پروگرام، یا محفوظ اسٹوریج کی سہولت سے رابطہ کر سکتا ہوں۔ اگر میرا ثبوت منتقل کیا جا رہا ہے، اور اس سے پہلے کہ اسے ترک کر دیا جائے، تو کوئی مجھے مطلع کرنے کی بھرپور کوشش کرے گا۔

میں سمجھتا ہوں کہ ثبوت کے طور پر جمع کیے گئے میرے کپڑے اور کوئی دوسری ذاتی اشیاء اگر میں مانگوں گا تو مجھے واپس کر دی جائیں گی۔

براہ کرم اپنی پسند کے آگے اپنی ابتدائی معلومات درج کریں:

قانون نافذ کرنے والے اداروں کو مطلع کریں ہاں ______ نہیں ______

قانون نافذ کرنے والے اداروں کے لیے ثبوت جاری کرنا ہاں ______ نہیں ______
(اگر نہیں جواب دیتے ہیں تو ثبوت طویل مدتی اسٹوریج میں بھیجے جائیں گے)

قانون نافذ کرنے والے اداروں کے لیے فوٹوگراف جاری کرنا ہاں ______ نہیں ______

دیگر آئٹمز جاری کریں (وضاحت کریں) __________________ ہاں ______ نہیں ______

اجازت دینے والا شخص یہ ہے: ☐ مریض ☐ مریض کے والد/والدہ ☐ مریض کے سرپرست

☐ دیگر (وضاحت کریں): ____________________

مجاز شخص کا دستخط	نام لکھیں	تاریخ
میڈیکل فراہم کنندہ کا دستخط	نام لکھیں	تاریخ
مترجم کا دستخط (اگر کوئی ہے)	نام لکھیں	تاریخ

تقسیم: مریض کے طبی ریکارڈ میں اصل؛ مریض کے لیے کاپی کریں؛
اگر مطلع کر رہے ہیں تو قانون نافذ کرنے والے اداروں کو کاپی کریں

پارٹ A کٹ باکس میں رضامندی کا فارم نہ ڈالیں

نیویارک ریاست کے قانون کے مطابق، اس دستاویز کے ترجمہ شدہ ورژن نامزد زبانوں میں https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm پر دستیاب ہیں۔