

**DHS একক প্রাপ্তবয়স্কের আশ্রয়স্থল এবং STREET
SOLUTIONS ফেসিলিটির জন্য DHS আশ্রয়স্থল ডিসচার্জ এর
জন্য রোগীর চুক্তি**

কেবল নতুন বেফাবেল

স্বাস্থ্য পরিচর্যা কেন্দ্রের নাম: _____

রোগীর নাম: _____

কেসের সমাজসেবীর নাম: _____

আমি, _____ DHS আশ্রয়স্থল বা Safe Haven এ যাওয়ার
(রোগীর নাম)

জন্য সম্মতি প্রদান করছি।

এটি ব্যাখ্যা করা হয়েছে যে এই সময়ে ডিসচার্জের জন্য অন্য কোনও বিকল্প নেই বা আমি প্রস্তাব দেওয়ার সময়
নিম্নলিখিত প্লেসমেন্টগুলি অস্বীকার করেছি:

আমি বুঝেছি যে বেশিরভাগ আশ্রয়স্থল এবং Safe Havens-এ অন-সাইট চিকিত্সা পরিচর্যা সুবিধা নেই এবং 24-ঘন্টা
নার্সিং পরিচর্যারও ব্যবস্থা নেই। আমি বুঝেছি যে আমাকে দৈনন্দিন জীবনের আমার সমস্ত কাজ স্বাধীনভাবে নিজেই
করতে হবে।

আমি আরও বুঝেছি যে আমি আমার তথ্য প্রকাশ না করেই DHS আশ্রয় সিস্টেমে যেতে পারি। আমার কাছে এই ফর্মের
একটি স্বাক্ষরিত প্রতিলিপি পাওয়ার অধিকার আছে।

হাসপাতালের প্রতিনিধির স্বাক্ষর _____

তারিখ _____

রোগীর স্বাক্ষর _____

তারিখ _____