

د نیبراسکا مدیریت معلوماتو سیستم (NMIS) د بی کوره خدماتو معلوماتو دیتابیس اداره کوي، ترڅو د خدماتو همغږي ښه کړي چې او د هغو خلکو سره مرسته کوي چې بی کوره دي یا د بی کوره کیدو په خطر کې دي. د بی کوره کیدو په اړه ښه پوهیدل، د خدماتو وړاندې کولو ته وده ورکول، او د چمتو شوي خدماتو اغیزمنتوب ارزونه، د معلوماتو په راټولولو کې برخه اخیستل زموږ د ټولنې د وړتیا یوه مهمه برخه ده چې د امکان تر حده اغیزمن خدمتونه او کور چمتو کړي. هغه معلومات چې راټول شوي دي دیتابیس ته د لاسرسي محدودولو او د کوم معلوماتو شریکولو محدودولو سره خوندي کیږي.

هغه معلومات چې باید راټول او شریک شي په لاندې ډول دي:

- نوم، د زیږون نېټه، جنس، نژاد او توکم، د ټولنیز امنیت شمېره، د تماس معلومات، ځای، مخکېنی استوګنځی
- د معلولیت حالت، د کار تجربه حالت، کورنۍ تاوتریخوالی، عکس (که د تطبیق وړ وي)
- د کورنۍ جوړښت، عاید، غیر نقدي ګټې، د بی کوره شوی تاریخ، د کور معلومات، روغتیا بیمه
- پروګرام ته د ننوتو او وتلو، ارزونې، خدمتونه وړاندې شوي

د دې فورمي په لاسلیک کولو سره، زه ګډون کوونکو ادارو او د هغوی استازو ته اجازه ورکوم چې زما او زما د کورنۍ د غړو په اړه چې لاندې لست شوي لومړني معلومات شریک کړي.

زه پوهیږم چې:

- زما معلومات به د هستوګنې، د کارموندنې مرستې، خواړو، مشورې ورکولو، او/یا نورو خدماتو لپاره زما د اړتیاو ارزولو لپاره شریک شي.
- هر شخص او هره اداره چې سیستم ته د معلوماتو لوستلو یا داخلولو واک لري د معلوماتو د امنیت او حریمیت ساتلو لپاره یو تړون لاسلیک کړي. زه حق لرم چې د پیروونکي حریمیت پالیسي وګورم چې د NMIS برخه اخیستونکو ادارو لخوا کارول کیږي او د دې فورمي لاسلیک کولو دمخه د برخه اخیستونکو ادارو لیست وګورم.

- د NMIS معلوماتو ته لاسرسي او شریکول د فدرالي، ایالتي او محلي مقرراتو سره مطابقت لري چې د پیروونکي ریکارډونه په محرم ډول ساتي. زما معلومات زما د لیکلې رضایت پرته نشي افشا کیدی مګر په مقرراتو کې بل ډول چمتو شوي.

- پلټونکي یا تمویل کونکي چې د دې ادارې د کار د بیاکتنې قانوني حق لري، په شمول د متحده ایالاتو د کور او ښاري پراختیا ریاست او د نیبراسکا د روغتیا او بشري خدماتو بی کوره مرستې پروګرام کولی شي زما بشپړ فایل وګوري که چېرې ترلاسه شوي خدمتونه د دوی سازمان لخوا تمویل شوي وي. .

- د معلوماتو د دې اعلاميې لاسلیک کول تضمین نه کوي چې زه به مرسته ترلاسه کړم.

- زما د معلوماتو د شریکولو د اجازې څخه انکار ما د مرستې ترلاسه کولو څخه به برخې نه کوي.

- دا خپرونه د لاندې زما د لاسلیک نېټې څخه د یو کال لپاره اعتبار لري، پرته لدې چې بل ډول یادونه وشي*.

• زه کولی شم هر وخت خپل رضایت بیرته واخلم. دا واک به تر هغه وخته پورې په عمل کې پاتې شي تر څو چې زه یې په لیکلو کې لغوه کړم. که زه خپل واک لغوه کړم، زما په اړه ټول معلومات چې دمخه په ډیټابیس کې دي پاتې شي.

د پیروونکي د معلوماتو خپرول

____ هو، زه موافق یم چې زما د NMIS معلومات شریک کړم.

*د ختمیدو نېټه (که د یو کال نه پرته) _____

____ نه، زه موافق نه یم چې زما د NMIS معلومات شریک کړم. یوازې زموږ اداره به ستاسو په پروګرام کې د ګډون معلومات وګوري.

د پیروونکي چاپ شوی نوم

د پیروونکي لاسلیک

نېټه

د سرپرست یا مجاز استازي لاسلیک (کله چې اړتیا وي)

د پیروونکي سره اړیکه

نېټه

د ادارې د کارکوونکو چاپ شوی نوم.

نېټه

د معلوماتو دا خپرونه په کورنۍ کې په لاندې تړلو ماشومانو باندې هم تطبیق کیږي چې عمر ونه یې 18 کاله یا کم دي:

لومړی نوم

وروستی نوم

زېږدون نېټه

لومړی نوم

وروستی نوم

زېږدون نېټه