

किसी प्रैक्टिस लिस्ट में समावेश और/या स्वास्थ्य सेवा पंजीकरण के लिए आवेदनपत्र

केंद्रीय सेवा एजेंसी, उत्तरी आयरलैंड में रोगियों को स्वास्थ्य एवं सामाजिक सेवाओं में पंजीकरण कराने में सुविधा प्रदान करता है।

मार्गदर्शी टिप्पणियां

कृपया फार्म भरने से पहले निम्नलिखित टिप्पणियों को बहुत ध्यान से पढ़ें।
कृपया नोट कर लें कि प्रैक्टिस सूची में समावेश सुनिश्चित करने के लिए,
भरे गए फार्म स्वीकृति के लिए चयनित प्रैक्टिस को दिए जाएं।

इस फार्म को भरने के लिए वांछित व्यक्ति

यह फार्म उन सभी व्यक्तियों द्वारा या उनकी ओर से भरे जाएं (नीचे संदर्भित व्यक्तियों को छोड़कर) जो उत्तरी आयरलैंड में स्वास्थ्य सेवा के अंतर्गत सामान्य मेडिकल और/या सामान्य डेंटल एवं सामान्य ऑर्थेल्मिक सेवाओं के अंतर्गत पंजीकृत होना चाहते हैं और जो वर्तमान समय में उत्तरी आयरलैंड में निवास करते हैं।

जिन लोगों से यह फार्म भरने की अपेक्षा नहीं की जाती

- ऐसे लोग जो सामान्यतः उत्तरी आयरलैंड में निवास करते हैं और जिनका वैध उत्तरी आयरलैंड मेडिकल कार्ड स्थानापन्न हो गया है या जो इंग्लैंड, स्कॉटलैंड या वेल्स में निवास करने के बाद सीधे उत्तरी आयरलैंड में आ गए हैं, वे डाक्टर के यहाँ पंजीकरण के लिए फार्म HS200 का भी प्रयोग करते हैं। यह किसी भी डाक्टर की सर्जरी में या नीचे दिए गए पते पर उपलब्ध है।
- शिशु पंजीकरण फार्म (HS123) धारक जो किसी जन्म के पंजीकरण के समय रजिस्ट्रार द्वारा जारी किया जाता है। यदि मूल शिशु पंजीकरण फार्म (HS123) खो गया हो, तो जिला रजिस्ट्रार के कार्यालय से डुप्लीकेट प्रतिलिपि प्राप्त की जानी चाहिए।
- फार्म FP13 धारक जो एचएम बलों से [HM Forces] कार्यमुक्त होने पर जारी किया जाता है।

प्रैक्टिस सूची में समावेश सुनिश्चित करने के लिए, भरे गए फार्म स्वीकृति के लिए चयनित प्रैक्टिस को दिए जाएं।

16 साल से कम उम्र के बच्चे

इस फार्म का प्रयोग आवेदक के साथ रहने वाले 16 साल से कम उम्र के बच्चों के पंजीकरण के लिए किया जा सकता है, बशर्ते भाग ए में बच्चों का पूरा नाम और जन्म तिथियां भरी गई हो।

यदि किसी प्रैक्टिस सूची में समावेश वांछित हो, तो यह फार्म चयनित प्रैक्टिस को प्रस्तुत किया जाए। अन्य सभी मामलों में फार्म निम्नलिखित को अग्रेषित किया जाए :

The Director of Family Practitioner Services
Central Services Agency
2 Franklin Street,
Belfast
BT2 8DQ

यदि आप चाहते हैं कि आपका नाम एनएचएस डोनर रजिस्टर में दर्ज किया जाए, तो कृपया भाग ई में विवरणों को भरें।

कृपया नोट करें कि, जब तक आप स्थायी रूप से यू.के. में रहने का इरादा नहीं करते, हमें यह ब्यौरा चाहिए कि आप कब तक ठहरना चाहते हैं; अन्यथा हम आपके आवेदनपत्र पर कार्रवाई करने में असमर्थ हैं।

किसी प्रैक्टिस लिस्ट में समावेश और/या स्वास्थ्य सेवा पंजीकरण के लिए आवेदनपत्र

कृपया काली स्याही से और कैपिटल लेटर्स में भरें।
समुचित खानों को टिक करें।

भाग ए : आवेदक के ब्यौरे

1. शीर्षक श्री श्रीमती कुमारी सुश्री अन्य कृपया स्पष्ट करें

2. उपनाम 3. पिछला/
पिछले उपनाम

4. अग्रवर्ती नाम

5. जन्म तिथि दिन माह वर्ष 6. जन्म का देश

7. पुरुष महिला 8. दिन का
फोन नम्बर

9. पता

----- पोस्टकोड -----

10. यदि आप उपर्युक्त व्यक्ति के साथ रहने वाले 16 साल से कम उम्र के बच्चों का पंजीकरण कराना चाहते हैं, तो कृपया नीचे ब्यौरा दें

उपनाम	क्या बच्चे को किसी और उपनाम से जाना जाता था? हाँ/नहीं	अग्रवर्ती नाम (पूरा)	पुरुष/महिला	जन्म तिथि	कार्यालय के प्रयोग हेतु

* यदि बच्चे को किसी और उपनाम से जाना जाता था, तो कृपया अपने डाक्टर के पास उपलब्ध फार्म GMF153 भर कर हमारे पास भेज दें।

11. कृपया डाक्टर का नाम और चयनित प्रैक्टिस का पता, यदि कोई हो तो, लिखें

----- पोस्टकोड -----

12. क्या आवेदक को उत्तरी आयरलैंड में पहले कोई मेडिकल कार्ड दिया गया था? हाँ नहीं

13. उत्तरी आयरलैंड में पहले का पता (यदि कोई हो तो)

----- पोस्टकोड -----

14. उत्तरी आयरलैंड में पहले वाले डाक्टर का नाम और पता (यदि कोई हो तो)

----- ----- पोस्टकोड -----

15. क्या आवेदक को इंगलैंड, स्काटलैंड या वेल्स में पहले कोई मेडिकल कार्ड दिया गया था?

हाँ

नहीं

16. इंगलैंड, स्काटलैंड या वेल्स में पहले का पता (यदि कोई हो तो) और तिथि जब तक आवेदक वहाँ रहा

----- ----- पोस्टकोड -----
तिथि : <input type="text"/> से <input type="text"/> तक

17. इंगलैंड, स्काटलैंड या वेल्स में भूतपूर्व डाक्टर का नाम और पता (यदि कोई हो तो)

----- ----- पोस्टकोड -----

18. क्या आवेदक सामाजिक सुरक्षा अंशदान और हितलाभ (उत्तरी आयरलैंड) अधिनियम 1992 के अंतर्गत अंशदान अदा कर रहा है?

हाँ

नहीं

19. यदि "हाँ", तो कृपया राष्ट्रीय बीमा संख्या बताएं

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

20. यदि अंशदान अदा नहीं कर रहा है, तो क्या आवेदक किसी ऐसे व्यक्ति की पत्नी/का पति है, जो सामाजिक सुरक्षा अंशदान और हितलाभ (उत्तरी आयरलैंड) अधिनियम 1992 के अंतर्गत अंशदान अदा कर रहा है?

हाँ

नहीं

21. यदि "हाँ", तो कृपया उस व्यक्ति के बारे में निम्नलिखित सूचनाएं दें :

a. नाम

b. पता

----- ----- पोस्टकोड -----

c. आवेदक से संबंध

d. राष्ट्रीय बीमा संख्या

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

e. जन्म तिथि

22. यदि वर्तमान में सेवायोजित नहीं है, तो क्या आवेदक उत्तरी आयरलैंड में किसी सामाजिक सुरक्षा कार्यालय में "नौकरी चाहने वाले" के रूप में पंजीकृत है? हाँ नहीं

23. यदि " हाँ ", तो कृपया आवेदक के सामाजिक सुरक्षा कार्यालय का पता दें

----- पोस्टकोड -----

24. क्या आवेदक जन्म से ही लगातार यूनाइटेड किंगडम में रहा है? हाँ नहीं

25. यदि " नहीं ", तो कृपया यूनाइटेड किंगडम से प्रस्थान की तिथि दें, यदि लागू हो तो

26. यूनाइटेड किंगडम में प्रवेश की नवीनतम तिथि बताएं

27. कृपया यूनाइटेड किंगडम आने से पहले का अंतिम स्थायी पता बताएं

----- पोस्टकोड -----

28. तिथि, लगभग जब से जब तक आप वहां रहे : से तक

29. यूनाइटेड किंगडम में आने का कारण

- यदि शरणार्थी हों, तो कृपया इस फार्म के साथ यह प्रमाण संलग्न करें कि आपने होम ऑफिस के आप्रवासी सेवा को शरण के लिए आवेदन कर दिया है।
- गैर यूरोपीय अन्य देशों के लिए, हमें आपके वीजा या यूके पासपोर्ट की एक प्रतिलिपि तथा आपके वर्क परमिट की एक प्रतिलिपि की जरूरत है, यदि लागू हो तो।

30. यदि आवेदक कोई अनुदेशक, विद्यार्थी, भाषा सहायक, एक्सचेंज शिक्षक, प्रशिक्षु नर्स या अस्पताल का डाक्टर है, तो कृपया उस विश्वविद्यालय, महाविद्यालय, विद्यालय या अस्पताल का नाम और पता बताएं जिसमें संलग्न रहा और वहां किस हैसियत से था

31. क्या आवेदक स्थायी रूप से यूनाइटेड किंगडम में रहना चाहता है? हाँ नहीं

32. यदि " नहीं ", तो आज की तिथि से समय की वह प्रस्तावित अवधि बताएं, जब तक आवेदक यूनाइटेड किंगडम में रहना चाहता है। ("अनिश्चित" काफी नहीं है)। महीनों/सालों की संख्या जब तक आवेदक ठहरना चाहता है या अपने प्रस्थान की प्रत्याशित तिथि बताएं। **छात्र – कृपया वह वर्ष और महीना बताएं जब आप का पाठ्यक्रम पूरा होगा।** ध्यान रखें कि आपके द्वारा दिए गए प्रस्थान की तिथि के बाद आपका पंजीकरण स्वतः निरस्त हो जाएगा। यदि आपकी परिस्थितियां बदल जाती हैं, तो कृपया केंद्रीय सेवा एजेंसी से संपर्क करें।

33. क्या आवेदक यूनाइटेड किंगडम के बाहर कोई पता बनाए रखे हैं?

हाँ

नहीं

34. यदि "हाँ", तो कृपया कारण बताए।

भाग बी : एचएम बलों से कार्यमुक्त केवल ऐसे लोगों द्वारा भरा जाए, जिन्हें कार्यमुक्ति फार्म जारी नहीं किया गया था या जिनसे यह खो गया है।

35. किस यूनिट से कार्यमुक्त हुए

36. सेवा संख्या

37. कार्यमुक्ति की तिथि

यदि आवेदक कार्यमुक्ति की तिथि से ही यूनाइटेड किंगडम के बाहर रहा है, तो भाग ए का प्रश्न 26 अवश्य भरा जाए।

भाग सी : घोषणा (सभी आवेदकों द्वारा भरा जाए)

38. मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस फार्म में जो सूचनाएं दी हैं, वे सही और पूरी हैं तथा मैं यह जानता हूँ कि यदि ऐसा न हुआ, तो समुचित कार्रवाई की जा सकती है।

मैं जानता हूँ कि केंद्रीय सेवा एजेंसी इस फार्म में दिए गए व्यक्तिगत आकड़ों को अपराधों के निवारण, खोजबीन और अन्वेषण के उद्देश्य से संगत सांविधिक प्राधिकारियों को बताने के लिए कानूनी रूप से बाध्य हो सकती है। इसके अलावा, मैं यह भी जानता हूँ कि एजेंसी इन आकड़ों को आकड़ा संरक्षण अधिनियम 1998 के अंतर्गत अपनी अधिसूचना के अनुसार उन संगठनों के साथ भी, जो स्वास्थ्य और परिचर्या सेवाओं के परिदान के लिए जिम्मेदार हैं, सुकर प्रबंधन के लिए शेयर कर सकती है,

आंकड़ा सुरक्षा और गोपनीयता के मामलों के बारे में जानकारी एजेंसी के आकड़ा सुरक्षा

समन्वयकर्ता : 2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ, टेलीफोन 028 9053 5549 से प्राप्त की जा सकती है।

39. हस्ताक्षर

40. तिथि

भाग डी : ऐसे डाक्टर द्वारा भरा जाए, जो उस व्यक्ति को अपनी प्रैक्टिस में शामिल करने का इच्छुक हो।

मैं इस व्यक्ति को (तथा भाग ए में नामित 16 साल से कम उम्र के बच्चे को) जिसे मेरी प्रैक्टिस में शामिल करने हेतु पंजीकृत किया जाना है, यदि वह सामान्य मेडिकल सेवाएं प्राप्त करने का पात्र है, तो मैं स्वीकार करता हूँ।

41. डाक्टर के हस्ताक्षर

42. तिथि

43. डाक्टर का कोड नम्बर

भाग ई : अंगदान करने की स्वैच्छिक सहमति

44. NHS अंगदान पंजीकरण (वैकल्पिक)

मैं अपने ब्यौरों को NHS अंगदान पंजीकरण रजिस्टर में उस व्यक्ति के रूप में दर्ज कराना चाहता हूँ, जिसके अंगों/ऊतकों को मेरी मृत्यु के बाद आरोपण के लिए प्रयोग किया जा सकता है। कृपया लागू होने वाले खानों को टिक करें।

मेरे किन्ही भी अंगों और ऊतकों को या

गुर्दे

हृदय

यकृत

कार्निया

फेफड़े

अग्न्याशय

इस रजिस्टर में शामिल होकर आप इस बात की सहमति दे रहे हैं कि आपकी मृत्यु के बाद आपके अंगों और ऊतकों को दूसरों का जीवन बचाने या उनकी उम्र बढ़ाने के लिए आरोपण हेतु प्रयोग किया जा सकता है। और अधिक जानकारी के लिए, कृपया स्वागत कक्ष में सूचना पुस्तिका मांगें या हमारी वेबसाइट www.uktransplant.org.uk देखें अथवा 0845 60 60 400 पर फोन करें।

45. रोगी के हस्ताक्षर

46. तिथि

(अंग/ऊतक दान करने के अनुबंध की पुष्टि)