

028 9053 5643 فیکس: 028 9032 4431 ٹل فون: 2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ  
ویب: <http://www.hscbusiness.hscni.net/>

## پریکٹس فہرست میں شمولیت اور/یا صحت کی خدمت کے اندراج کی درخواست

سینٹرل سروسز ایجنسی شمالی آئرلینڈ میں مریضوں کے صحت اور سماجی خدمات کے ساتھ رجسٹریشن کی سہولیات فراہم کرتی ہے۔

### رہنما ہدایات

برائے مہربانی فارم پر کرنے سے پہلے درج ذیل ہدایات کا بغور مطالعہ فرمائیں۔ برائے مہربانی اس بات کو ذہن نشین کر لیں کہ پریکٹس فہرست میں شمولیت کو محفوظ کرنے کے لئے پر کردہ فارم کو منظوری کے لیے منتخب پریکٹس کو دے دیا جائے۔

### اس فارم کو بھرنے کے لیے مطلوبہ اشخاص

(درج ذیل افراد) جو شمالی آئرلینڈ میں عام طبی اور یا دانتوں کی عام اور آنکھوں کے متعلق (بیماریوں کی) عام خدمات کے تحت صحتی خدمات میں اندراج کرانا چاہتے ہیں اور وہ جو فی الحال شمالی آئرلینڈ میں رہتے ہیں، ان کے علاوہ سبھی لوگ اور ان کی طرف سے بھی اس فارم کو بھرا جاسکتا ہے۔

### وہ اشخاص جنہیں اس فارم کو بھرنے کی ضرورت نہیں ہے

- شمالی آئرلینڈ میں عارضی طور پر سکونت پذیر وہ اشخاص جن کا شمالی آئرلینڈ کا قانونی جواز کا طبی کارڈ کم ہو گیا ہے یا وہ لوگ جو براہ راست انگلینڈ، اسکاٹ لینڈ، یا ویلز میں رہ کر کے شمالی آئرلینڈ میں آئے ہیں اور کسی ڈاکٹر کے ساتھ اندراج کا HS200 فارم بھی رکھتے ہیں۔ کسی بھی ڈاکٹر کی سرجری یا درج ذیل پتوں پر یہ موجود ہے۔
- رجسٹرار کے ذریعہ پیدائش کے اندراج کے وقت جاری کردہ بچہ کے رجسٹریشن فارم (HS123) کو رکھنے والے۔ اگر بچہ کے رجسٹریشن کا اصلی فارم (HS123) کم ہو گیا ہو تو اس کا ڈبلیکیٹ ضلعی رجسٹرار آفس سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔
- HM فورسز سے برخاستگی پر جاری کردہ FP13 فارم رکھنے والے اشخاص۔

پریکٹس فہرست میں اپنی شمولیت کو محفوظ کرنے کے لئے پر کردہ فارم کو منظوری کے لیے منتخب پریکٹس کے حوالہ کردینا چاہئے۔

### 16 سال سے کم عمر کے بچے

اس فارم کو 16 سال سے کم عمر کے ان بچوں کے اندراج کے لیے استعمال کیا جاسکتا ہے جو درخواست دہندہ کے ساتھ رہ رہے ہیں، اس میں ان کا مکمل نام تاریخ پیدائش جز A کے تحت درج کی جاتی ہے۔

اگر پریکٹس فہرست میں شمولیت مطلوب ہے تو فارم کو منتخب پریکٹس میں پیش کیا جانا چاہئے۔ دیگر صورتوں میں فارم کو درج ذیل پتہ پر روانہ کر دیں۔

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

اگر آپ چاہتے ہیں کہ آپ کا نام NHS عطیہ رجسٹر میں درج کر لیا جائے تو برائے مہربانی جز E کے بیان کی تکمیل کریں۔

برائے مہربانی اس بات کا خیال رکھیں کہ جب تک آپ یوکے میں مستقل رہنا چاہتے ہیں، ہمیں اس کی تفصیل کہ آپ کتنے دن تک رہنے میں دلچسپی رکھتے ہیں جاننے کی ضرورت رہتی ہے۔ بصورت دیگر آپ کی درخواست پر عمل درآمدگی سے ہم قاصر ہیں۔



14. شمالی آئر لینڈ میں سابقہ ڈاکٹر کا نام اور پتہ (اگر معلوم ہو)

.....  
.....  
.....

15. کیا درخواست دہندہ کو اس سے پہلے انگلینڈ، اسکاٹ لینڈ یا ویلز میں میڈیکل کارڈ فراہم کیا گیا تھا؟

ہاں  نہیں

16. انگلینڈ، اسکاٹ لینڈ اور ویلز میں سابقہ پتہ (اگر کوئی ہو اور تاریخیں جن کے درمیان درخواست دہندہ وہاں مقیم رہا

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

تاریخیں: [ ] سے [ ] تک

17. انگلینڈ اسکاٹ لینڈ اور ویلز میں سابقہ ڈاکٹر کا نام اور پتہ (اگر کوئی ہو)

.....  
.....  
.....  
.....

18. کیا درخواست دہندہ سوشل سکیورٹی ایکٹ 1992 برائے امداد و مراعات شمالی آئر لینڈ کے تحت اپنا حصہ ادا کر رہا ہے؟

ہاں  نہیں

19. اگر ہاں، تو برائے مہربانی نیشنل انشورنس نمبر بتائیں

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

20. اگر اپنا حصہ ادا نہیں کر رہا ہے، تو کیا درخواست دہندہ کسی ایسے شخص کا شریک حیات یا زیر کفالت جو سوشل سکیورٹی ایکٹ 1992 برائے امداد و مراعات (شمالی آئر لینڈ کے تحت اپنا حصہ ادا کر رہا ہے؟

ہاں  نہیں

21. اگر ہاں، تو برائے مہربانی اس شخص کے بارے میں درج ذیل معلومات فراہم کریں:

a. نام [ ]

b. پتہ

.....  
.....  
.....  
.....

c. درخواست دہندہ سے رشتہ

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

d. نیشنل انشورنس نمبر

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

e. تاریخ پیدائش

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



33. کیا درخواست دہندہ کا UK سے باہر کا کوئی پتہ برقرار ہے؟

نہیں

ہاں

34. اگر ہاں، تو برائے مہربانی وجہ بیان کریں

حصہ B: صرف ان افراد کو مکمل کرنا ہے جنہیں HM فورسز سے درخواست کر دیا گیا کہ جنہیں درخواست کرنے کا فارم جاری نہیں کیا گیا یا وہ ان سے گم ہو چکا ہے

35. یونٹ جس سے درخواست

کیا گیا

36. سروس نمبر

37. تاریخ درخواست

اگر درخواست دہندہ تاریخ درخواست سے اب تک UK سے باہر مقیم رہا ہے، تو ضروری ہے کہ حصہ A کے سوال 26 کو مکمل کیا جائے۔

حصہ C: بیان (تمام درخواست دہندگان کو مکمل کرنا ہے)

38. میں بیان دیتا ہوں کہ میں نے اس فارم میں جو معلومات فراہم کی ہیں وہ درست اور مکمل ہیں نیز میں سمجھتا ہوں کہ اگر ایسا نہیں ہے، تو مناسب کارروائی کی جاسکتی ہے۔

میں اس بات کو سمجھتا ہوں کہ سینٹرل سروسز ایجنسی تحفظ، تحقیق اور جرائم کی تفتیش کے لیے قانونی ذمہ داروں کے سامنے ذاتی معلومات کو ظاہر کرنے کی قانوناً حقدار ہے۔ مزید، میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ معلومات کے تحفظ کے قانون 1998 کے بموجب اپنے نوٹیفیکیشن کے رو سے صحت کی نگہداشتی خدمات کی ذمہ دار تنظیموں کو بہتر ڈھنگ سے اپنی خدمات انجام دینے کے لیے بھی، ایجنسی انہیں معلومات فراہم کرسکتی ہے۔  
معلومات کے تحفظ اور رازداری معاملات کی جانکاری ایجنسی کے معلومات کے تحفظ کے کوآرڈینیٹر سے حاصل کی جاسکتی ہے۔ 2 فرینکلن اسٹریٹ، بالفاسٹ، بی ٹی 2 ڈی کیو ٹیلیفون 028 9053 5549

39. دستخط

40. تاریخ

حصہ D: اس ڈاکٹر کو مکمل کرنا ہے جو متعلقہ شخص کو اپنی فہرست میں شامل کرنا چاہتا/چاہتی ہے

اگر یہ شخص (اور حصہ A میں مذکورہ 16 سال سے کم عمر کا کوئی بھی بچہ عمومی طبی خدمات حاصل کرنے کا اہل ہے تو میں اس شخص کو اپنی فہرست میں رجسٹرڈ ہونے کی منظوری دیتا ہوں۔

41. ڈاکٹر کا دستخط

42. تاریخ

43. ڈاکٹر کا کوڈ نمبر

حصہ E: اعضاء عطیہ کرنے کے لیے بخوشی رضامندی

44. NHS اعضاء کے عطیہ کا رجسٹریشن (اختیاری)  
اس شخص کی حیثیت سے جس کے مرنے کے بعد اس کے اعضاء/ٹشوز پیوندکاری کے لیے استعمال کیے جاسکتے ہیں، میں NHS اعضاء کے عطیہ کے رجسٹر میں اپنی تفصیلات درج کرانا چاہتا ہوں۔ برائے مہربانی استعمال میں آنے والے خانوں پر نشان لگائیے۔

ہمارا کوئی بھی عضو/ٹشو یا

گردے  دل  جگر  قریبے  پھیپھڑے  لبلبہ

رجسٹر میں آجانے کے ساتھ آپ اپنے اعضاء/ٹشوز کو اپنی موت کے بعد پیوندکاری کے لیے محفوظ کر لینے یا دوسروں کی زندگی کو آگے بڑھانے کے لیے استعمال کی اپنی رضامندی پیش کرتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے آپ مہربانی کر کے استقبالیہ سے معلوماتی ورقہ حاصل کریں، ہماری ویب سائٹ 0845 60 60 400 پر ہم سے رابطہ کریں۔

45. مریض کے دستخط

46. تاریخ

(اعضاء/ٹشوز کے عطیہ کی پختہ رضامندی)