

ਗੁਪਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਸਬੰਧੀ ਸਮਝੌਤਾ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈਣਾ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ

ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੇਪਾਲਕ ਭਲਾਈ (FWB) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂਜੇ ਸਾਡਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਹੋਰਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕੇ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਘਰੋਂ ਬਾਹਰ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਰ ਲੋਕ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰ ਸਕਣ। ਕਈ ਵਾਰੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਕੰਪਿਊਟਰ ਸਿਸਟਮ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ:

- ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਵਰਗੀਆਂ ਫੈਮਿਲੀ ਪਲਾਨਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ;
- ਗੁਪਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਲਾਗਾਂ (STI), ਲਾਗਾਂ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿਨਸੀ ਸੰਪਰਕ ਬਣਾਉਣ ਕਰਕੇ ਲੱਗ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ "ਗੁਪਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (STD)" ਅਤੇ/ਜਾਂ HIV/AIDS ਵਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ; ਅਤੇ/ਜਾਂ
- ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ;
- ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਨਿਰਭਰਤਾ ਬਾਰੇ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿਜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜਿਹਨਾਂ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਉਹ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਰਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੇ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਐਲਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਹੋਰਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣੇ ਵੀ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਰੈਫਰ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ 13 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਨੌਜੁਆਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਏਗਾ, ਤੁਸੀਂ ਹਾਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸਮ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਮੈਂ ਜਿਹੜੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸ਼ਨਾਖਤ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਨਿਜੀ ਮੈਡੀਕਲ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਣ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਹੈ। ਉਹ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੀ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੇਰੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਸੱਟ-ਫੇਟ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਮੇਰੇ ਹੁਣ ਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਸੀ। ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ (ਜਿਵੇਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ), ਦਵਾਈਆਂ, ਜੋ ਮੈਂ ਹੁਣ ਲਈਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ ਸੀ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀਆਂ ਵਿਜ਼ਿਟਾਂ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ, ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦੇ ਦਫਤਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਲਿਨਿਕ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਹ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ ਜਾਂ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਦੇ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਸੈਕਸ਼ਨ 1:

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰਾ ਬੱਚਿਆਂ, ਨੌਜੁਆਨਾਂ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (DCYF), ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਬਾਇਲੀ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ, ਮੇਰਾ ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਅਰਗਿਵਰ ਅਤੇ ਕੁਦਰਤੀ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ, ਕੋਲ ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਈ ਗਈ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਦੇਣ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ:

- ਕਲਾਇੰਟ ਸਬੰਧੀ ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ, ਪ੍ਰਜਣਨ ਸਿਹਤ (ਜਿਵੇਂ ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ ਅਤੇ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ) HIV/AIDS ਅਤੇ STD/STI ਦੇ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ, ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨਾਂ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (RCW 70.02.220), ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ (RCW 70.02.230) ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਵਰਤੋਂ (CD) ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (42 CFR ਹਿੱਸਾ 2) ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ, ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜਾਂ (ਜੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 1 ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਭਰਿਆ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 2 ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਭਰੋ)

ਗੁਪਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਸਬੰਧੀ ਸਮਝੌਤਾ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈਣਾ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ਸੈਕਸ਼ਨ 2: (ਸੈਕਸ਼ਨ 2A ਅਤੇ 2B ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

2A. ਮੈਂ, FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਈ ਗਈ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਏ ਗਏ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ/ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ:

- HIV/AIDS ਅਤੇ STD/STI ਦੇ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ, ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ (RCW 70.02.220)
- ਪ੍ਰਜਣਨ ਸਿਹਤ (ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਵਰਗੀਆਂ ਫੈਮਿਲੀ ਪਲਾਨਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ)
- ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (RCW 70.02.230)
- ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ (CD) ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (42 CFR ਹਿੱਸਾ 2)

2B. ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ, ਜਿਹਨਾਂ ਨਾਲ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ):

- ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ
- ਮੌਜੂਦਾ DCYF ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਬਾਇਲੀ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ
- ਪ੍ਰਜਣਨ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ
- ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਅਰਗਿਵਰ/ਲੇਪਾਲਕ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਕੇਅਰਗਿਵਰ
- ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ
- ਕੁਦਰਤੀ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ (ਪਹਿਲੇ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਨਾਂ ਲਿਖੋ):
- ਹੋਰ (ਲਿਖੋ):

ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਲਈ ਵੀ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦੇ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਪਰ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਨਹੀਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਮੈਂ, ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਕੇ (ਇੱਕ ਨਵੇਂ **DSHS 10-489** ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ), ਇਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ ਜਾਂ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਦੇ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ। ਦਸਤਖ਼ਤ: _____

ਜਦ ਤੱਕ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਿਹੇ ਇਸ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ, ਤਾਂ ਉਪਰ ਦਿੱਤੀ ਖ਼ਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੱਕ, ਜਦ ਤੱਕ ਮੈਂ ਲੇਪਾਲਕ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਜਾਂ _____ ਤੱਕ ਵੈਧ ਹੈ।

ਸਮਾਪਤੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼

ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਦਸਤਖ਼ਤ ਵਾਲਾ ਸੈਕਸ਼ਨ ਭਰੋ।

ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਤਾਰੀਖ਼

ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ

ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਕਲਾਇੰਟ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ

ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ: ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਰਾਜਦਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਨੇਮਾਂ, 42 ਫ਼ੈਡਰਲ ਨੇਮਾਂ ਦਾ ਜ਼ਾਬਤਾ (CFR), ਹਿੱਸਾ 2 ਵਲੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਨੇਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਰਜਦੇ ਹਨ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਇਹ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ, ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਰਾਹੀਂ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਤਾਂ 42 CFR ਹਿੱਸਾ 2 ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾਲ ਹੋਰ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ। ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।