



પાત્રતા નક્કી કરવા માટેની પૂર્ણ અરજી

મારે પૂર્ણ એપ્લિકેશન અથવા ટૂંકી એપ્લિકેશનનો ઉપયોગ કરવો જોઈએ?

જો તમે 18 કે તેથી વધુ ઉંમરના હો તો પૂર્ણ એપ્લિકેશનનો ઉપયોગ કરો અથવા:

- તમે ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલીટીઝ ડિવિઝન અથવા ન્યુ જર્સી ચિલ્ડ્રન્સ સિસ્ટમ ઓફ કેર (PerformCare) દ્વારા ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલીટીઝ સર્વિસિસ માટે પહેલાં અરજી કરેલ ન હોય.
-અથવા-
- તમે ન્યુ જર્સી ચિલ્ડ્રન્સ સિસ્ટમ ઓફ કેર (PerformCare) દ્વારા એક સેવા પ્રાપ્ત કરી છે પરંતુ 18 વર્ષથી ઓછી વયના બાળકો માટે પાત્રતા નિર્ધારિત કરવા માટે પર્ફોર્મકેરની એપ્લિકેશન ક્યારેય પૂર્ણ કરી નથી.

જો તમે 18 કે તેથી વધુ ઉંમરના હો તો ટૂંકી એપ્લિકેશનનો ઉપયોગ કરો અથવા:

- તમે ડેવલોપમેન્ટ ડિસેબિલીટીઝ સર્વિસિસ માટે ન્યુ જર્સીના ડેવલોપમેન્ટ ડિસેબિલીટીઝ વિભાગ દ્વારા અરજી કરી હતી અને (DDD) દ્વારા તમને જાણ કરવામાં આવી હતી કે તમે પાત્ર છો.
-અથવા-
- તમે ડેવલોપમેન્ટ ડિસેબિલીટીઝ સર્વિસિસ માટે ન્યુ જર્સી ચિલ્ડ્રન્સ સિસ્ટમ ઓફ કેર (PerformCare) વિભાગ દ્વારા અરજી કરી હતી અને PerformCare દ્વારા તમને જાણ કરવામાં આવી હતી કે તમે પાત્ર છો.

તમે પહેલેથી જ અરજી કરી છે અને ન્યુ જર્સી ચિલ્ડ્રન્સ સિસ્ટમ ઓફ કેર દ્વારા સેવાઓ માટે પાત્ર છો કે કેમ તે જાણવા માટે, 877-652-7624 પર PerformCare પર કોલ કરો.

તમે પહેલેથી જ અરજી કરી છે કે નહીં અને DDD દ્વારા સેવાઓ માટે લાયક છો તે જાણવા માટે, DDD ઇન્ટેકને 800-832-9173 પર કોલ કરો (જ્યારે પૂછવામાં આવે ત્યારે 2 દબાવો, પછી તમારા કાઉન્ટી માટે નંબર દબાવો) DDD ગ્રેજ્યુએટ્સ સમયરેખામાં 16 થી 21 વર્ષની વયના વિદ્યાર્થીઓ અને તેમના પરિવારો માટે માહિતી છે: www.nj.gov/humanservices/ddd/assets/documents/graduates-timeline.pdf

ભલે તમે પૂર્ણ અથવા ટૂંકી એપ્લિકેશનનો ઉપયોગ કરો, વધુ માહિતી માટે DDD તમારો સંપર્ક કરી શકે છે.

એપ્લિકેશન માટેની સૂચનાઓ

- એપ્લિકેશન 18 અથવા તેથી વધુ વયની વ્યક્તિ દ્વારા અથવા 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના વ્યક્તિ વતી કાર્યકર્તા અથવા પ્રતિનિધિ દ્વારા પૂર્ણ કરી શકાય છે.
- અરજદાર કે જે 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના હોય અને કાયદેસર રીતે તેમના પોતાના વાલીએ અરજી અને ફોર્મ્સ પર સહી કરવી આવશ્યક છે. (જો કોઈ અરજદાર અરજી પૂર્ણ કરવા માટે કોઈની સહાય લઈ રહ્યા હોય, તો સહાય કરનાર વ્યક્તિએ સાક્ષીના સ્થાને સહી કરવી જોઈએ.)
- જો તમને એપ્લિકેશન ને લઈને પ્રશ્નો છે અથવા તેને પૂર્ણ કરવામાં સહાયની જરૂર છે, તો કૃપા કરીને તમારા કાઉન્ટી માટે DDD સમુદાય સેવાની કચેરીના ઇન્ટેક યુનિટનો સંપર્ક કરો.
- ઇમેઇલ દ્વારા અથવા મેઇલ દ્વારા પૂર્ણ કરેલ, સહી કરેલ એપ્લિકેશન અને બધા સહાયક દસ્તાવેજો સબમિટ કરો:

ઇમેઇલ દ્વારા: સહી કરેલ એપ્લિકેશન અને દસ્તાવેજો સ્કેન કરો અને જોડાણ તરીકે DDD.NJApply@dhs.nj.gov પર સબમિટ કરો. વિષયમાં શામેલ કરો: ઇન્ટેક એપ્લિકેશન, વ્યક્તિની પહેલ, નિવાસસ્થાનની કાઉન્ટી (ઉદાહરણ: ઇન્ટેક એપ્લિકેશન જેએસ મર્સર કાઉન્ટી).

મેઇલ દ્વારા: અરજદારના નિવાસસ્થાનની કાઉન્ટી સમુદાય સેવાઓ કચેરી ખાતે DDD ઇન્ટેક પર સહી કરેલ એપ્લિકેશન અને દસ્તાવેજોની નકલો મેઇલ કરો:

સેવા આપતી કાઉન્ટીઓ	સમુદાય સેવા કચેરીના સ્થાનો
Morris, Sussex, Warren	FLANDERS કચેરી: 1 Laurel Drive Flanders, NJ 07836 ફોન: 973.927.2600
Bergen, Hudson, Passaic	PATERSON કચેરી: 100 Hamilton Plaza, 7th Floor Paterson, NJ 07505 ફોન: 973.977.4004
Essex	NEWARK કચેરી: 153 Halsey St., 2nd FL, PO Box 47013, Newark, NJ 07101 ફોન: 973.693.5080
Somerset, Union	PLAINFIELD કચેરી: 110 East 5th Street, Plainfield, NJ 07060 ફોન: 908.226.7800
Monmouth, Ocean	FREEHOLD કચેરી: Juniper Plaza, Suite 1-J, 3499 Route 9 North, Freehold, NJ 07728 ફોન: 732.863.4500
Hunterdon, Mercer, Middlesex	TRENTON કચેરી: PO Box 705, Trenton, NJ 08625 ફોન: 800.832.9173
Atlantic, Cape May, Cumberland, Salem	MAYS LANDING કચેરી: 5218 Atlantic Avenue, Suite 205, Mays Landing, NJ 08330 ફોન: 609.476.5200
Burlington, Camden, Gloucester	VOORHEES કચેરી: 2 Echelon Plaza, 221 Laurel Rd, Suite 210, Voorhees, NJ 08043 ફોન: 856.770.5900

પૂર્ણ અરજી - શું જરૂરી છે

એપ્લિકેશન અને ફોર્મ્સ

- પૂર્ણ એપ્લિકેશન
- ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસની સૂચના (તમારા રેકોર્ડ્સ રાખો)
- ફોર્મ A: ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસની નોટિસની રસીદની સ્વીકૃતિ
- ફોર્મ B: આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરવા માટે અધિકૃતતા
- ફોર્મ C: તબીબી રેકોર્ડ્સના જાહેર કરવા માટે અધિકૃતતા
- ફોર્મ D: DDD ને માહિતી આપવા બાબતે સંમતિ
- ન્યુ જર્સી મતદાર નોંધણીની તક
- ન્યુ જર્સી મતદાર નોંધણીની એપ્લિકેશન

ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલિટીઝ માટેનું દસ્તાવેજીકરણ

શક્ય તેટલા વધારે દસ્તાવેજો નીચે શામેલ કરો જે અરજદારની ડિસેબિલિટીઝ ડેવલપમેન્ટલને લગતા હોય. જેટલા વધારે દસ્તાવેજો પ્રદાન કરવામાં આવશે, તેટલી DDD માટે એપ્લિકેશનની પ્રક્રિયા સરળ થશે.

આવશ્યક	ઉપયોગી પરંતુ જરૂરી નથી
<ul style="list-style-type: none">• ડિસેબિલિટીઝના તબીબી દસ્તાવેજો• તાજેતરના માનસિક મૂલ્યાંકન (+ IQ સ્કોર્સ)• ન્યુરોલોજીકલ મૂલ્યાંકનો• તાજેતરના બાળ અધ્યયન ટીમ અથવા શાળાના અહેવાલો• માનસિક મૂલ્યાંકનો• ડીવીઆરએસ(DVRS) આકારણીઓ• બધા ઉપલબ્ધ માનસિક અહેવાલો	<ul style="list-style-type: none">• તાજેતરના આઇઇપી (Individualized Education Program, IEP)• ભાષણ ઉપચારના મૂલ્યાંકનો• વ્યવસાયિક ઉપચારના મૂલ્યાંકનો• શારીરિક ઉપચાર• હોસ્પિટલના અહેવાલો• સામાજિક અંતર

Medicaid પાત્રતાના દસ્તાવેજીકરણ

- પૂરક સુરક્ષા આવક (Supplemental Security Income, SSI) વાર્ષિક એવોર્ડ લેટર
- Medicaid મંજૂરી પત્ર
- આરોગ્ય લાભોના ઓળખ કાર્ડની નકલ (Medicaid કાર્ડ)

જો અરજદારને Medicaid મેળવવામાં મુશ્કેલી આવતી હોય, તો DDD ની Medicaid પાત્રતા હેલ્પડેસ્કનો સંપર્ક કરો: DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov.

વય, યુ.એસ. નાગરિકત્વ, ન્યુ જર્સીના આવાસનું દસ્તાવેજીકરણ

- નોંધ: DDD દ્વારા સેવાઓ માટે અરજી કરવા અરજદાર ન્યુ જર્સીનો કાયમી રહેવાસી હોવો આવશ્યક છે.
- જન્મ પ્રમાણપત્રની નકલ
- સામાજિક સુરક્ષા કાર્ડની નકલ અથવા યુ.એસ. નાગરિકતા અથવા ગ્રીન કાર્ડનો પુરાવો
- નીચેનામાંથી એકની નકલ:
 - ન્યુ જર્સી મોટર વ્હીકલ કમિશન તરફથી હાલનું ડ્રોટો ઓળખ
 - પગાર ચિટ્ટી (Pay Stub)
 - W2 ફોર્મ
 - સ્થાવર મિલકત વેરાનું બિલ (અરજદાર પાસે સંપત્તિની માલિકી હોય તો જ)
 - સ્ટેશન ઓર્ડરમાં ન્યુ જર્સી માટે કાયમી ફેરફાર (જો અરજદારના કાનૂની વાલી યુ.એસ. સૈન્યમાં હોય તો)
 - મતદાર નોંધણીની ખાતરી આપતો કાર્ડ

અન્ય દસ્તાવેજીકરણ, જો લાગુ પડે તો

- ગાર્ડિયનશીપ ઓર્ડરની નકલ
- ન્યુ જર્સીના વ્યવસાયિક પુનર્વસવાટ સેવાઓ (NJ Division of Vocational Rehabilitation Services, DVRS) નો વિભાગ રેકોર્ડ્સ / મૂલ્યાંકન (F3 ફોર્મ)

NJCAT આકારણી

DDD એ એપ્લિકેશન અને દસ્તાવેજીકરણ પ્રાપ્ત કર્યા અને તેની સમીક્ષા કર્યા પછી, અને ઉપરોક્ત માહિતી સંતોષકારક જણાયા (અત્યાર સુધી અને જો ઇન્ટેક સ્ટાફ ને યોગ્ય લાગે તો સામ-સામેનું ઇન્ટરવ્યૂ માન્ય જણાયા પછી) સહિત, DDD ન્યુ જર્સી કોમ્પ્રેહેન્સિવ આકારણી ટૂલ (New Jersey Comprehensive Assessment Tool, NJCAT) માટે વ્યક્તિને નિર્ધારિત કરશે.

પાત્રતાના નિર્દેશન માટે પૂર્ણ * અરજી

* જો તમે ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલીટીઝ ડિવિઝન (Division of Developmental Disabilities, DDD) અથવા ન્યુ જર્સી ચિલ્ડ્રન્સ સિસ્ટમ ઓફ કેર (PerformCare) દ્વારા ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલીટીઝ સર્વિસિસ માટે પહેલાં અરજી ન કરેલ હોય તો પૂર્ણ એપ્લિકેશનનો ઉપયોગ કરો.

વિભાગ 1: અરજીકર્તાનું જાહેરનામું

ન્યુ જર્સી રાજ્યના સુધારેલા કાનૂન, કલમ 30: 4-25.2 અનુસાર, ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલીટીઝ ડિવિઝન ડિસેબિલીટીઝ ડેવલોપમેન્ટ ડિવિઝન (DDD) ના મારફતે પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટેની યોગ્યતાના નિર્ધાર માટે માનવ સેવા વિભાગના કમિશનરને અરજી કરવામાં આવી રહી છે, માટે:

અરજદારનું પ્રથમ નામ: _____ છેલ્લું નામ: _____

જન્મ તારીખ: _____

આ અરજી પર હસ્તાક્ષર કરીને, હું સ્વીકારું છું કે:

- આ એપ્લિકેશન અને તેની સાથે સબમિટ કરેલા તમામ ફોર્મ્સ શક્ય તેટલી સચોટ રીતે ભરવામાં આવ્યા છે.
- હું સમજું છું કે મારી પાસે એન.જે.એ.સી. (N.J.A.C. 10:48-1.1(j)) અનુસાર અયોગ્યતાના નિર્ણયની અપીલ કરવાની તક છે.

આ અરજી ઉપરોક્ત અરજદાર સાથેના સંબંધને આધારે R.S. 30:4-25.2 હેઠળ કરવામાં આવી રહી છે:

___ પોતે _____ અરજદારનો કાનૂની વાલી ___ સમર્થ અધિકારક્ષેત્રની અદાલત
અરજદાર / કાનૂની વાલીની સહી (અથવા ચિહ્ન): _____ તારીખ: _____

સાક્ષીનું નામ (પ્રિન્ટ): _____

સાક્ષીની સહી: _____ તારીખ: _____

સાક્ષીની અટક (જો એજન્સી અથવા કોર્ટના પ્રતિનિધિ હોય તો): _____

ફક્ત DDD સ્ટાફના ઉપયોગ માટે - અરજદાર કૃપા કરીને વિભાગ 2 પર આગળ વધો

કાર્યાત્મક માપદંડ મળે છે?	મેડિકેડને પાત્ર છે?	અપૂરતી માહિતીને કારણે બંધ?
___ હા ___ ના	___ હા ___ ના	___ હા ___ ના

સ્ટાફ 1 સહી: _____ તારીખ: _____

સ્ટાફ 1 અટક અને એકમ: _____

સ્ટાફ 2 સહી: _____ તારીખ: _____

સ્ટાફ 2 અટક અને એકમ: _____

વિભાગ 2: અરજદાર માહિતી અને ગાર્ડિયનશિપની સ્થિતિ

અરજદાર માહિતી

અરજદારનું નામ: _____ જન્મ તારીખ: _____

સરનામું: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ: _____ ફોન: _____

ઈ - મેઈલ સરનામું: _____

અરજી પૂર્ણ કરનાર (જો અરજદાર દ્વારા પૂર્ણ ન કરવામાં આવી હોય તો):

નામ: _____ જન્મ તારીખ: _____

સરનામું: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ: _____ ફોન: _____

ઈ - મેઈલ સરનામું: _____

જો જરૂરી હોય તો, આ એપ્લિકેશન અંગે DDD તમારો સંપર્ક કરી શકે છે? હા ના

ગાર્ડિયનશિપની સ્થિતિ*

શું અરજદાર પાસે કાનૂની વાલી છે? હા ના જો હા, કાનૂની વાલીની માહિતી પૂર્ણ કરો:

વાલીનું નામ: _____ જન્મ તારીખ: _____

અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____

સરનામું: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ: _____ ફોન: _____

ઈ - મેઈલ સરનામું: _____

* જો અરજદાર પાસે કાનૂની વાલી છે, તો ગાર્ડિયનશિપ ઓર્ડર શામેલ હોવો આવશ્યક છે.

વિભાગ ૩: અરજદાર નાગરિકતા અને વ્યવસાય માહિતી

નાગરિકતા માહિતી

જન્મ સ્થળ (હોસ્પિટલ અને રાજ્ય અથવા દેશ, જો યુ.એસ. સિવાય હોય તો): _____

થી ન્યુ જર્સીના નિવાસી (તારીખ): _____

- શું અરજદાર યુ.એસ. નાગરિક છે? _____ હા _____ ના
- જો ના, અરજદાર પાસે માન્ય ગ્રીન કાર્ડ છે? _____ હા _____ ના
- જો અરજદાર પાસે કાનૂની વાલી છે, તો કાયદાકીય વાલી ન્યુ જર્સીનો કાયમી કાનૂની રહેવાસી છે? _____ હા _____ ના

વ્યવસાયની માહિતી:

- શું અરજદાર કોઈપણ અન્ય સંઘીય, રાજ્ય, અથવા સ્થાનિક એજન્સીઓ પાસેથી સેવાઓ પ્રાપ્ત કરી રહ્યો છે? _____ હા _____ ના

જો હા, તો દરેક એજન્સી માટેની માહિતી પ્રદાન કરો:

એજન્સી # 1 નામ: _____

સરનામું: _____ ફોન: _____

એજન્સી # 2 નામ: _____

સરનામું: _____ ફોન: _____

એજન્સી # 3 નામ: _____

સરનામું: _____ ફોન: _____

- અરજદાર શાળામાં ભણે છે? _____ હા _____ ના જો હા, શાળાની માહિતી પ્રદાન કરો:

શાળાનું નામ: _____

શાળાનું સરનામું: _____

શાળાના સંપર્કનું નામ: _____ સંપર્ક ફોન: _____

- અરજદાર નોકરી કરે છે? _____ હા _____ ના જો હા, નિયોક્તાની માહિતી પ્રદાન કરો:

નિયોક્તાનું નામ: _____

નિયોક્તા સરનામું: _____

નિયોક્તા સંપર્કનું નામ: _____ સંપર્ક ફોન: _____

4. શું ન્યુ જર્સીના વ્યવસાયિક પુનર્વસન વિભાગ દ્વારા અરજદારને રોજગાર/દિવસીય કામો માટે મદદ કરવામાં આવી છે? ___ હા ___ ના
5. શું અરજદાર નિવાસી કાર્યક્રમમાં રહે છે? (ઉદા., ડીસીએફ(DCF), ડીસીપીપી(DCPP), બોર્ડિંગ હોમ, બેઘર માટેના આશ્રય) ___ હા ___ ના
જો હા, નિવાસની માહિતી પ્રદાન કરો:

રહેવાસીનું નામ: _____ રહેઠાણનો પ્રકાર: _____

સરનામું: _____ ફોન: _____

વિભાગ 4: અરજદારની તબીબી અને સામાજિક સલામતી માહિતી

(DDD દ્વારા સેવાઓ મેળવવા માટે, અરજદારે Medicaid મેળવવું આવશ્યક છે. જો અરજદારને મેડિકેડ મેળવવામાં મુશ્કેલી હોય, તો DDDની Medicaid પાત્રતા હેલ્પડેસ્કનો સંપર્ક કરો: DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov)

1. શું અરજદાર Medicaid ધરાવે છે? ___ હા ___ ના
જો ના, અરજદારે Medicaid માટે અરજી કરી છે? ___ હા ___ ના
2. શું અરજદારને સામાજિક સુરક્ષા અપંગતા વીમા (Social Security Disability Insurance, SSDI) ના લાભો મળે છે?
___ હા ___ ના
જો હા, માસિક રકમ: \$ _____
જો ના, તો SSDI એપ્લિકેશનની સ્થિતિ શું છે? ___ ક્યારેય અરજી નથી કરી ___ અરજી પેન્ડિંગ ___ અયોગ્ય
3. શું અરજદારને પૂરક સુરક્ષા આવક (Supplemental Security Income, SSI) લાભો મળે છે? ___ હા ___ ના
જો હા, માસિક રકમ: \$ _____
જો ના, તો SSI એપ્લિકેશનની સ્થિતિ શું છે? ___ ક્યારેય અરજી નથી કરી ___ અરજી પેન્ડિંગ ___ અયોગ્ય
4. જો અરજદારને SSDI અથવા SSI પ્રાપ્ત થાય છે, તો શું કોઈ પ્રાપ્તકર્તા પ્રતિનિધિ છે? ___ હા ___ ના
જો હા, પ્રાપ્તકર્તા પ્રતિનિધિની માહિતી પ્રદાન કરો:

SSDI ના લાભો માટે પ્રાપ્તકર્તા પ્રતિનિધિ

પ્રાપ્તકર્તાનું નામ: _____ અરજદાર સાથેના સંબંધ: _____

સરનામું: _____ ફોન: _____

SSI ના લાભો માટે પ્રાપ્તકર્તા પ્રતિનિધિ

પ્રાપ્તકર્તાનું નામ: _____ અરજદાર સાથેના સંબંધ: _____

સરનામું: _____ ફોન: _____

વિભાગ 5: અરજદારનો પરિવાર

અરજદારના માતાપિતા # 1

અરજદારના માતાપિતા # 1 એ: ___ હયાત ___ મૃત્યુ પામ્યા (જો મૃત્યુ પામ્યા હોય, તો કોઈ માહિતીની જરૂર નથી) છે

માતાપિતા # 1 નામ: _____ જન્મ તારીખ: _____

સરનામું: _____

ઘરનો ફોન: _____ સેલ ફોન: _____ કાર્ય ફોન: _____

માતાપિતા # 1 વૈવાહિક સ્થિતિ: ___ વિવાહિત ___ છૂટાછેડા ___ વિધવા ___ ક્યારેય લગ્ન નથી કરેલ

શું માતાપિતા #1 યુ.એસ. સૈન્યના સેવાનિવૃત્ત સૈનિક છે? ___ હા ___ ના શું માતાપિતા # 1 ઇમર્જન્સી સંપર્ક છે?

___ હા ___ ના

અરજદારના માતાપિતા # 2

અરજદારના માતાપિતા # 2 એ: ___ હયાત ___ મૃત્યુ પામ્યા (જો મૃત્યુ પામ્યા હોય, તો કોઈ માહિતીની જરૂર નથી) છે

માતાપિતા # 2 નામ: _____ જન્મ તારીખ: _____

સરનામું: _____

ઘરનો ફોન: _____ સેલ ફોન: _____ કાર્ય ફોન: _____

માતાપિતા # 2 વૈવાહિક સ્થિતિ: ___ વિવાહિત ___ છૂટાછેડા ___ વિધવા ___ ક્યારેય લગ્ન નથી કરેલ

શું માતાપિતા #2 યુ.એસ. સૈન્યના સેવાનિવૃત્ત સૈનિક છે? ___ હા ___ ના શું માતાપિતા # 2 ઇમર્જન્સી સંપર્ક છે? ___ હા

___ ના

અરજદારના ઘરના અન્ય સભ્યો

જો માતાપિતાને પહેલાથી ઉપર વર્ણવેલ હોય તો તેનો ફરી સમાવેશ કરશો નહીં.

નામ: _____ જન્મ તારીખ: _____

અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____

નામ: _____ જન્મ તારીખ: _____

અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____

નામ: _____ જન્મ તારીખ: _____

અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____



State of New Jersey

Department of Human Services

P.O. BOX 700

Trenton, NJ 08625-0700

ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસની નોટિસ

લાગુકારક તારીખ: ઓક્ટોબર 15, 2018

આ સૂચના ડિસેબિલિટીઝ ડેવલોપમેન્ટ ડિવિઝનના (Division of Developmental Disabilities, DDD) માનવ સેવા વિભાગ (Department of Human Services, DHS) વિભાગ તરફથી સેવાઓ મેળવતા વ્યક્તિઓને લાગુ પડે છે અને તમારા પ્રતિસાદની જરૂર નથી. આ નોટિસ તમારા વિશેની તબીબી માહિતીનો ઉપયોગ અને તેને જાહેર કેવી રીતે કરી શકાઈ છે અને કેવી રીતે તમે તેનો ઉપયોગ કરી શકો તેના વિશે છે. કૃપયા તેની કાળજીપૂર્વક સમીક્ષા કરો.

તમારા અધિકારો

- તમારા રેકોર્ડ્સ જોવા અને નકલ કરવાનો અધિકાર. મોટાભાગનાં કિસ્સાઓમાં, તમને તમારા રેકોર્ડની નકલો જોવાની અથવા પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. તમારે તમારી વિનંતી લેખિતમાં કરવી જોઈએ. અમે ત્રીસ (30) દિવસની અંદર તમારી વિનંતીનો જવાબ આપીશું. તમારા રેકોર્ડ્સની નકલ બનાવવા માટે તમારી પાસે શુલ્ક લેવામાં આવી શકે છે.
- તમારા તબીબી રેકોર્ડ્સની ઇલેક્ટ્રોનિક નકલનો અધિકાર. જો તમારી માહિતી ઇલેક્ટ્રોનિક ફોર્મેટમાં જાળવવામાં આવે છે, તો તમે વિનંતી કરી શકો છો કે તમારા ઇલેક્ટ્રોનિક રેકોર્ડ્સ તમને અથવા અન્ય વ્યક્તિ અથવા એન્ટિટીને મોકલવામાં આવે. અમે ત્રીસ (30) દિવસની અંદર તમારી વિનંતીનો જવાબ આપીશું.
- તમારા રેકોર્ડ્સને સુધારવા અથવા અપડેટ કરવાનો અધિકાર. જો તમને લાગે કે તમારી સ્વાસ્થ્ય માહિતીમાં કોઈ ભૂલ છે, તો તે સુધારવા માટે તમે અમને કહી શકો છો. તમારે વિનંતીને લેખિતમાં કરવી જોઈએ અને માહિતીને સુધારવાની તમારી જરૂરિયાત માટે કોઈ કારણ આપવું જરૂરી છે.
- અમે તમારી સાથે વાતચીત કેવી રીતે કરીએ તે પસંદ કરવાનો અધિકાર. તમે અમને કોઈ ચોક્કસ રીતે તમારી સાથે માહિતી આપ-લે કરવા માટે કહી શકો છો. ઉદાહરણ તરીકે, તમે અમને તમારા ઘરના સરનામાંને બદલે તમારા કાર્ય સરનામાં પર માહિતી મોકલવા માટે કહી શકો છો. તમારે

ન્યુ જર્સી માનવ સંસાધન સેવાઓનો વિભાગ

પેજ 1 માંથી 6

ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસની નોટિસ

તમારી વિનંતી લેખિતમાં કરવી જોઈએ. તમારે વિનંતી માટે કોઈ કારણ સમજાવવાની જરૂર નથી. અમે ગેરવાજબી વિનંતીઓ નામંજૂર કરી શકીએ છીએ.

- જાહેરનામાઓની સૂચિ મેળવવાનો અધિકાર. તમને 14 એપ્રિલ, 2003 પછી કરવામાં આવેલા જાહેરાતોની સૂચિ માટે પૂછવાનો અધિકાર છે. તમારે તમારી વિનંતી લેખિતમાં કરવી જોઈએ. આમાં સારવાર, ચુકવણી અથવા આરોગ્ય કામગીરીના હેતુઓ માટે જાહેર કરેલી માહિતી શામેલ કરવામાં આવશે નહીં. અમે વર્ષમાં એક ગણતરી વિના મૂલ્યે પ્રદાન કરીશું, પરંતુ 12-મહિનાના સમયગાળાની અંતર્ગત પ્રદાન કરવામાં આવેલી વધારાની સૂચિ માટેનો ખર્ચ લઈ શકીશું.
- ભંગની સૂચના મેળવવાનો અધિકાર. તમારી પાસે તમારી સુરક્ષિત માહિતીના કોઈપણ ઉલ્લંઘન અંગે સૂચના મેળવવાનો અધિકાર છે.
- ઉપયોગ અથવા જાહેરનામા પર પ્રતિબંધની વિનંતી કરવાનો અધિકાર. તમારી પાસે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ કેવી રીતે કરવામાં આવે છે અથવા અન્ય સાથે જાહેર કરવામાં આવે છે તે મર્યાદિત કરવા માટે અમને પૂછવાનો અધિકાર છે. તમારે વિનંતી લેખિતમાં કરવી જોઈએ અને સૂચવવું જોઈએ કે કઈ માહિતી મર્યાદિત હોવી જોઈએ. વિનંતી કરેલ પ્રતિબંધ સાથે સંમત થવા માટે અમે બાધિત નથી. જો તમે કોઈ વિશિષ્ટ વસ્તુ અથવા સેવા માટે સંપૂર્ણ ખર્ચ ખિસ્સામાંથી ચુકવણી કરી હોય, તો તમને તે વસ્તુ અથવા સેવાના સંદર્ભમાં તમારી માહિતી જાહેર ન થાય તે પૂછવાનો અધિકાર છે. અમે હંમેશા તે વિનંતીનું સન્માન કરીશું.
- અધિકૃતતાને રદ કરવાનો અધિકાર. જો અમે તમને તમારી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અથવા જાહેર કરવા માટે કોઈ અધિકૃતિ પર હસ્તાક્ષર કરવા માટે કહીશું, તો તમે તે અધિકૃતિને કોઈપણ સમયે રદ કરી શકો છો. તમારે વિનંતી લેખિતમાં કરવાની રહશે. તમારી વિનંતી પહેલેથી જાહેર કરેલી માહિતીને અસર કરશે નહીં.
- આ નોટિસની નકલ મેળવવાનો અધિકાર. તમને કોઈપણ સમયે આ સૂચનાની કાગળની નકલ માંગવાનો અધિકાર છે
- ફરિયાદ નોંધાવવાનો અધિકાર. જો અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અથવા જાહેર કેવી રીતે કરીએ છીએ તેનાથી તમે સહમત ન હો તો તમને ફરિયાદ નોંધાવવાનો અધિકાર છે.
- તમારા માટે કાર્ય કરવા માટે કોઈ બીજાને પસંદ કરવાનો અધિકાર. જો કોઈને કાનૂની રીતે તમારા વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ તરીકે નિયુક્ત કરાયો છે, તો તે વ્યક્તિ તમારા અધિકારોનો ઉપયોગ કરી શકે છે અને તમારા સ્વાસ્થ્ય વિશે પસંદગી કરી શકે છે.

અમારી ફરજો

માનવ સેવા વિભાગ તમારા અને તમારા પરિવાર માટે આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા તરીકે કાર્ય કરે છે. પરિણામે, આ સેવાઓ પ્રદાન કરવા માટે અમારે તમારા વિશેની માહિતી એકત્રિત કરવી આવશ્યક છે. અમારા દ્વારા તમારી માહિતીને સંઘીય અને રાજ્યના કાયદા અનુસાર સુરક્ષિત રાખવી જરૂરી છે અને આ સૂચનાની શરતોનું પાલન અમે કરીશું. નીચે આપેલા હેતુઓ માટે અમે તમારા અધિકૃતતા વિના માહિતીનો ઉપયોગ અને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

- સારવારના હેતુઓ. અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અથવા તેને સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ કે જેઓ તમારી આરોગ્ય સંભાળમાં સામેલ છે તેમની સાથે જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- ચૂકવણી. તમે પ્રાપ્ત કરેલી અથવા પ્રાપ્ત કરશો તેવી આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ માટે ચૂકવણી મેળવવા અથવા ચૂકવણી કરવા માટે અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અથવા તેને જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- આરોગ્ય સંભાળ કામગીરી. અમારા વ્યવસાયને સંચાલિત કરવા, તમારી સંભાળની ગુણવત્તા સુધારવા અને જરૂરી હોય ત્યારે તમારો સંપર્ક કરવા માટે અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અથવા જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- કાયદા દ્વારા જરૂરી. અમે જાહેર આરોગ્ય એજન્સીને માહિતી જાહેર કરીશું જે જન્મ, મૃત્યુ અને કેટલાક રોગો જેવા મહત્વપૂર્ણ રેકોર્ડને જાળવી રાખે છે.
- દુરૂપયોગ અને બેદરકારી તપાસ. દુરૂપયોગ અને / અથવા બેદરકારીના તમામ સંભવિત કેસોની જાણ કરવા અમે તમારી માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- આરોગ્ય નિરીક્ષણ પ્રવૃત્તિઓ. રાજ્ય અધિકારીઓ દ્વારા નિરીક્ષણ અથવા તપાસનો જવાબ આપવા માટે અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અથવા જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- સરકારી કાર્યક્રમો. અમે સરકારી કાર્યક્રમો હેઠળ જાહેર લાભના સંચાલન અને સંકલન માટે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અને જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- નુકસાનને ટાળવા. અમે કોઈ વ્યક્તિ અથવા જનતાના સ્વાસ્થ્ય અને સલામતી માટેના ગંભીર ખતરાને ટાળવા માટે કાયદાના અમલીકરણને માહિતી જાહેર અને તેનો ઉપયોગ કરી શકીએ છીએ.

- સંશોધન માટે. અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અને તેને જાહેર અભ્યાસ અને અહેવાલો વિકસાવવા માટે કરી શકીએ છીએ. આ અહેવાલોમાં તમારી અથવા અન્ય વ્યક્તિની વિશેષ રૂપે ઓળખ હશે નહીં.
- વ્યાપાર સહયોગી. જો અમુક કાર્યોને પૂર્ણ કરવા માટે જરૂરી હોય તો, અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અને તેને અમારા વ્યવસાયિક સહયોગીઓને જાહેર કરી શકીએ છીએ જે અમારા વતી કાર્ય કરે છે.
- અંગ અને પેશીઓ દાન. જો તમે કોઈ અંગ દાતા છો, તો અમે અંગની પ્રત્યારોપણની સુવિધા માટે અંગો, આંખો અથવા અન્ય પેશીઓની ખરીદી, બેંકિંગ અથવા પરિવહનમાં સંકળાયેલા સંગઠનો સાથે તમારી માહિતીને જાહેર અને તેનો ઉપયોગ કરી શકીએ છીએ.
- લશ્કરી અને સેવાનિવૃત્ત. જો તમે સશસ્ત્ર સૈન્યના સભ્ય છો, તો અમે તમારી માહિતી યોગ્ય સૈન્ય અધિકારીને જાહેર કરી શકીશું.
- કામદારોનું વળતર. કામદારોને વળતર અથવા કામ સંબંધિત ઇજાઓ અથવા બીમારીઓ માટે લાભ પૂરા પાડતા સમાન કાર્યક્રમો માટે અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અથવા જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- માહિતી ભંગની સૂચનાના હેતુઓ. તમારી આરોગ્ય માહિતીના અનધિકૃત વપરાશ અથવા જાહેરાતની કાનૂની આવશ્યક સૂચના પ્રદાન કરવા માટે અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અથવા જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- મુકદ્દમા અને વિવાદો. અમે તમારી માહિતીનો ઉપયોગ કોર્ટ અથવા એડમિનિસ્ટ્રેટિવ ઓર્ડર, સબપોના, તપાસ વિનંતી અથવા અન્ય કાયદેસર પ્રક્રિયાના જવાબમાં કરી શકીએ છીએ.
- કાયદાના અમલીકરણ. અમે તમારી માહિતી કાયદાના અમલીકરણ માટે જાહેર કરી શકીએ છીએ જો આ માહિતી: 1) કોર્ટના આદેશ, સબપોના, વોરંટ અથવા સમાન પ્રક્રિયાના જવાબમાં; 2) શંકાસ્પદ, ભાગેડુ, મટિરિયલ સાક્ષી અથવા ગુમ થયેલ વ્યક્તિને ઓળખવા અથવા શોધવા માટે મર્યાદિત; 3) ખૂબ મર્યાદિત સંજોગોમાં ગુનાનો ભોગ બનનાર વિશે; 4) સંભવિત અપરાધથી થતાં મૃત્યુ વિશે; 5) કોઈપણ DHS સંપત્તિ પર ગુનાહિત વર્તન વિશે અને; 6) કોઈ ગુનાની આસપાસના ગુના અથવા તથ્યોની જાણ કરવા કટોકટીમાં આવશ્યક છે.
- અપમૃત્યુ-પરીક્ષક, તબીબી પરીક્ષકો અને અંતિમવિધિ નિર્દેશકો. કોઈ મૃત વ્યક્તિની ઓળખ કરવા અથવા મૃત્યુનું કારણ નક્કી કરવા માટે અમે તમારી માહિતી અપમૃત્યુ-પરીક્ષક અથવા તબીબી

પરીક્ષક સાથે જાહેર કરી શકીએ છીએ. અમે અંતિમ સંસ્કારના નિર્દેશકને તેમની ફરજો માટે તમારી જરૂરી માહિતી તેને આપી શકીએ છીએ.

- રાષ્ટ્રીય સુરક્ષા અને ગુપ્તચર. અમે તમારી માહિતી ગુપ્તચર, પ્રતિ-ગુપ્તચર અને કાયદા દ્વારા અધિકૃત અન્ય રાષ્ટ્રીય સુરક્ષા પ્રવૃત્તિઓ માટે અધિકૃત ફેડરલ અધિકારીઓને જાહેર કરી શકીએ છીએ.
- રાષ્ટ્રપતિ અને અન્ય લોકો માટે રક્ષણાત્મક સેવાઓ. અમે તમારી માહિતી અધિકૃત સંઘીય અધિકારીઓને જાહેર કરી શકીએ જેથી તેઓ યુ.એસ. રાષ્ટ્રપતિને સુરક્ષા પૂરી પાડી શકે; અન્ય અધિકૃત વ્યક્તિઓ અથવા રાજ્યના વિદેશી વડાઓ, અથવા વિશેષ તપાસ કરવા માટે.
- કેદીઓ અથવા કસ્ટડીમાં વ્યક્તિઓ. જો તમે કેદી છો, તો અમે તમારી માહિતી સુધારણા સંસ્થા સાથે જાહેર કરી શકીશું જો તે માહિતી સંસ્થાને આ માટે જરૂરી હોય તો: 1) તમને આરોગ્ય સંભાળ પૂરી પાડે છે; 2) તમારા સ્વાસ્થ્ય અને સલામતી અથવા અન્ય લોકોના આરોગ્ય અને સલામતીનું રક્ષણ કરે અથવા; 3) સુધારણાત્મક સંસ્થાઓની સલામતી અને સુરક્ષા માટે.
- કુટુંબ, મિત્રો અને અન્ય લોકો માટે જાહેરનામું. અમે તમારી માહિતીને તમારા પરિવારના સભ્યો, મિત્રો અથવા અન્ય વ્યક્તિઓ કે જેઓ તમારી તબીબી સંભાળમાં સામેલ છે તેમની સાથે જાહેર કરી શકીએ છીએ. તમને આ માહિતીની વહેંચણી સામે વાંધો હોઈ શકે. અમે તમારી માહિતી કાનૂની રીતે તમારા વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ તરીકે નિયુક્ત વ્યક્તિ સાથે પણ વહેંચી શકીએ છીએ.
- હોસ્પિટલ નિર્દેશિકા. જ્યાં સુધી તમે અમારી સામે વાંધો ન દાખવો ત્યાં સુધી અમે તમારા વિશે ચોક્કસ માહિતી હોસ્પિટલની નિર્દેશિકામાં શામેલ કરી શકીએ છીએ, જ્યારે તમે હોસ્પિટલમાં દર્દી હો ત્યારે તમારા વિશે પૂછપરછ કરતા મિત્રો, પરિવાર, પાદરીઓ અને અન્ય લોકોની પૂછપરછનો જવાબ આપવા માટે અમે તે રાખી શકીએ છીએ.

અન્ય ઉપયોગો અને જાહેરાતો કે જેમાં તમારી લેખિત અધિકૃતતાની જરૂર છે

- અન્ય બધી પરિસ્થિતિઓ માટે. ઉપર જણાવ્યા સિવાય અન્ય કોઈપણ હેતુ માટે માહિતીનો ઉપયોગ અથવા જાહેરાત કરતા પહેલા અમે તમારી લેખિત અધિકૃતતા લેશું. વિશેષ સંજોગો કે જેમાં અધિકૃતતાની આવશ્યકતા હોય છે તેમાં તમારી મનોચિકિત્સા નોંધોના મોટાભાગના ઉપયોગો અને જાહેરાતો શામેલ છે, હ્યુમન ઇમ્યુનોડેફિસિયન્સી વાયરસ અથવા એચ.આય.વી(HIV) માટેના તમારા પરીક્ષણનાં પરિણામોની કેટલીક વિશિષ્ટતાઓ, માર્કેટિંગ હેતુ માટે અને કેટલાક અપવાદો સાથે તમારી આરોગ્ય માહિતીના વેચાણ માટે તમારી આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ અને જાહેરાતો. જો

તમે અમને અધિકૃતતા આપો, તો તમે કોઈપણ સમયે આ લેખિત અધિકૃતતા રદ કરી શકો છો. તમારી અધિકૃતતા રદ કરવા માટે, કૃપા કરીને નીચે આપેલા નંબર પર અમારો સંપર્ક કરો. જો તમે તમારા અધિકૃતતાને રદ કરો છો, તો અમે તમારા સ્વાસ્થ્ય માહિતીને તમારા લેખિત અધિકૃતતા દ્વારા મંજૂરી મુજબ હવે ઉપયોગ કરીશું નહીં અથવા જાહેર કરીશું નહીં, સિવાય કે અમે પહેલેથી જ તમારી અધિકૃતતા પર આધાર રાખીને જે માહિતી જાહેર કરી હોય.

- અન્ય કાયદા દ્વારા જરૂરી. અમે તમારી માહિતીના ઉપયોગ અને જાહેરાતને સુરક્ષિત કરતા અન્ય કાયદાઓનું પાલન કરવા માટે તમારા લેખિત અધિકૃતતા માટે કહીશું.

ફરિયાદ નોંધાવવા

જો તમે ફરિયાદ દાખલ કરવા માંગતા હોવ અથવા તમારી આરોગ્ય માહિતીના ઉપયોગ અથવા જાહેરાત અંગે કોઈ સમસ્યાની જાણ કરવા માંગતા હોવ તો તમે નીચેની સંપર્ક માહિતીનો ઉપયોગ કરી શકો છો. તમને આપવામાં આવી રહેલી સારવાર અથવા સેવાઓ પર તમારા દ્વારા કરવામાં આવેલી કોઈપણ ફરિયાદોની અસર થશે નહીં. ડી.એચ.એસ.(DHS) એચ.આઇ.પી.એ.(HIPAA) ની તપાસમાં ભાગ લેવાને લીધે થતાં કોઈપણ પ્રતિકારી કૃત્યોનો વિરોધ કરે છે.

NJ department of human services
Division of Developmental Disabilities
Legal and Administrative Practice Office
P.O. Box 726
222 South Warren St.
Trenton, NJ 08625-0726
ફોન: 609-633-7402

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Ave., SW Room 509H, HHH
Building
Washington, D.C. 20201
ફોન: 866-627-7748/ TTY: 886-788-4989
www.hhs.gov/ocr

ડીએચએસ (DHS) અથવા તેનો યોગ્ય વિભાગ તમારી વિનંતીને ત્રીસ (30) દિવસની અંદર જવાબ આપશે.

આ સૂચનામાં ફેરફાર

ભવિષ્યમાં, DHS તેની ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસની સૂચના બદલી શકે છે. કોઈપણ પરિવર્તન તમારા વિશે અમારી પાસે પહેલેથી જ છે તે તબીબી માહિતી, તેમજ ભવિષ્યમાં અમને પ્રાપ્ત થતી માહિતી પર લાગુ થઈ શકે છે. નવી સૂચનાની નકલ અમારી કાર્યશાખાઓ / કચેરીઓમાં લગાવવામાં આવશે અને કાયદા દ્વારા જરૂરી મુજબ તમને પ્રદાન કરવામાં આવશે. તમે અમારી વર્તમાન સૂચનાની નકલ માગી શકો છો અથવા અમારી વેબસાઇટ પર તેને ઓનલાઇન મેળવી શકો છો.

ન્યુ જર્સી માનવ સંસાધન સેવાઓનો વિભાગ
ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસની નોટિસ

પેજ 6 માંથી 6

ફોર્મ A: ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસિસ નોટિસ મળ્યાની સ્વીકૃતિ

ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસિસ નોટિસ મળ્યે તથા ન્યુ જર્સીના ડિસેબિલિટીઝ ડેવલોપમેન્ટના ડિવિઝન પર પરત ફર્યે સ્વીકૃતિની રસીદ પર હસ્તાક્ષર થવું આવશ્યક છે.

હું (અરજદાર અથવા કાનૂની વાલીનું નામ),

અહીં સ્વીકારું છું કે મને (તારીખે) ગોપનીયતા પ્રેક્ટિસિસની સૂચના મળી છે: _____

હું (એક પર ટીક કરો): ___ અરજદાર ___ કાનૂની વાલી છું

સહી (અથવા ચિહ્ન): _____ તારીખ: _____

જો કાનૂની વાલી દ્વારા સહી થયેલ હોય, તો અરજદારનું નામ પ્રદાન કરો:

અરજદારનું નામ (પ્રિન્ટ): _____

જો અરજદાર દ્વારા તેમનું ચિહ્ન પૂરું પાડવામાં આવ્યું હોય, તો સાક્ષી આવશ્યક છે:

સાક્ષીનું નામ (પ્રિન્ટ): _____

સાક્ષીની સહી: _____ તારીખ: _____

ફોર્મ B: કુટુંબ અને સામેલ વ્યક્તિઓને આરોગ્યની માહિતી જાહેર કરવા

માટેના અધિકૃતતા

હું, _____

(વ્યક્તિગત, કાનૂની વાલી અથવા પાવર ઓફ એટર્ની નામ)

અહીં નીચે નામ આપેલ અરજદાર વિશે આરોગ્યની માહિતીનો ઉપયોગ / જાહેરાત / પ્રાપ્તિ માટે અધિકૃત કરો:

પ્રથમ નામ: _____ છેલ્લું નામ: _____

જન્મ તારીખ: _____

માહિતી વાપરવા, જાહેર કરવા અથવા પ્રાપ્ત કરવા માટે અધિકૃત વ્યક્તિ(ઓ) (જો લાગુ હોય તો કાનૂની વાલીનો સમાવેશ કરો):

પ્રાથમિક સંપર્ક: _____ ફોન: _____

સરનામું: _____

અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____ ઇમેઇલ: _____

વૈકલ્પિક સંપર્ક: _____ ફોન: _____

સરનામું: _____

અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____ ઇમેઇલ: _____

અન્ય સંપર્ક: _____ ફોન: _____

સરનામું: _____

ન્યુ જર્સી માનવ સંસાધન સેવાઓનો વિભાગ (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
ડિવેલોપમેન્ટલ ડિવિઝન (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____ ઇમેઇલ: _____

અન્ય સંપર્ક: _____ ફોન: _____

સરનામું: _____

અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____ ઇમેઇલ: _____

1. હું DDD સ્ટાફને કોઈ, બીમારી, ઇજા કે ઘટનાને તાત્કાલિક ધ્યાન અથવા અધિકૃતતાની જરૂર હોય તેવી સલાહ માટે, ટેલિફોન દ્વારા, પ્રાથમિક સંપર્ક અથવા વૈકલ્પિક સંપર્કનો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું.
2. હું DDD સ્ટાફને ઉપર જણાવેલ સંપર્કોને અને/અથવા મુલાકાત લેવા માટે માન્ય હોય તેવા અન્ય વ્યક્તિઓને ઓછામાં ઓછી આવશ્યક આરોગ્ય માહિતી પ્રદાન કરવા માટે અધિકૃત કરું છું.
3. હું સમજું છું કે હું આ અધિકૃતતા પર હસ્તાક્ષર કરવાનો ઇનકાર કરી શકું છું અને સાઇન કરવાનો ઇનકાર મારી સારવાર મેળવવાની ક્ષમતા અથવા ચુકવણી, અથવા સેવાઓના લાભ માટેની મારી પાત્રતાને અસર કરશે નહીં. હું આ અધિકૃતતા હેઠળ વપરાયેલી / જાહેર કરેલી કોઈપણ લેખિત માહિતીનું નિરીક્ષણ કરી અથવા તેની નકલ કરી શકું છું.
4. હું સમજું છું કે જો માહિતી મેળવનાર વ્યક્તિ અથવા એન્ટિટી આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા અથવા ફેડરલ ગોપનીયતા નિયમો દ્વારા આવરી લેવામાં આવતી આરોગ્ય યોજના નથી, તો ઉપર વર્ણવેલ માહિતી ફરીથી જાહેર કરવામાં આવી શકે છે અને હવે આ નિયમો થી તે બાધિત નથી. જો કે, પ્રાપ્તકર્તાને ફેડરલ વસ્તુના દુરુપયોગની ગોપનીયતા આવશ્યકતાઓ હેઠળ વસ્તુના દુરુપયોગની માહિતી જાહેર કરવા પર પ્રતિબંધ હોઈ શકે છે.
5. હું સમજું છું કે આ અધિકૃતતા પર નિર્ભરતાની મર્યાદા ધરાવતા સિવાય હું કોઈપણ સમયે લેખિતમાં અધિકૃતતાને રદ કરી શકું છું. આ અધિકૃતિને રદ કરવાની વિનંતી DDD ગોપનીયતા અધિકારીને આપવી આવશ્યક છે. ગોપનીયતા અધિકારી જે તારીખે વિનંતી મેળવે છે તે તારીખથી રદબાતલ અસરકારક રહેશે.
6. આ અધિકૃતતા (તારીખ) _____ અથવા વ્યક્તિગત / કાનૂની વાલીની સહીની તારીખથી એક વર્ષ પછી સમાપ્ત થાય છે.

ન્યુ જર્સી માનવ સંસાધન સેવાઓનો વિભાગ (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
ડિસેબિલીટીઝ ડેવલોપમેન્ટ ડિવિઝન (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

7. આ અધિકૃતતાની સંપૂર્ણ નકલ અરજદારના રેકોર્ડમાં જાળવવામાં આવશે.

સહી અથવા તેનું ચિહ્ન (એક પસંદ કરો): ___ વ્યક્તિગત ___ કાનૂની વાલી ___ પાવર ઓફ એટર્ની

સહી *: _____ તારીખ: _____

ફોન: _____

જો અરજદાર દ્વારા તેમનું ચિહ્ન પૂરું પાડવામાં આવ્યું હોય, તો સાક્ષી આવશ્યક છે:

સાક્ષીનું નામ (પ્રિન્ટ): _____

સાક્ષીની સહી: _____ તારીખ: _____

* જો કાનૂની વાલી અથવા પાવર ઓફ એટર્ની દ્વારા સહી કરેલ હોય તો, ગાર્ડિયનશિપ ઓર્ડર અથવા પાવર ઓફ એટર્ની ઓર્ડર શામેલ હોવો આવશ્યક છે.

ફોર્મ C: તબીબી રેકોર્ડ્સના જાહેર કરવા માટે અધિકૃતતા

હું અહીં _____ (ડિસેબિલીટીઝ ડેવલોપમેન્ટ ડિવિઝન (Division of Developmental Disabilities, DDD) સુવિધા / કચેરી) ડેવલપમેન્ટલ ડિસેબિલીટીઝ વિભાગને વ્યક્તિગત રૂપે ઓળખી શકાય તેવી આરોગ્ય માહિતી / તબીબી રેકોર્ડ્સ નીચે વર્ણવ્યા મુજબ જાહેર કરવા અધિકૃત કરું છું.

વિનંતી કરનારનું નામ: _____

વિનંતી કરનારનું સરનામું: _____

નીચે નામવાળી વ્યક્તિના તબીબી રેકોર્ડ્સની વિનંતી કરવામાં આવી રહી છે:

પ્રથમ નામ: _____ છેલ્લું નામ: _____

સામાજિક સુરક્ષા નંબર: _____ જન્મ તારીખ: _____

વિનંતી કરેલ તબીબી રેકોર્ડ્સ આની વચ્ચે બનાવવામાં આવ્યા હતા:

પ્રારંભ તારીખ: _____ અને અંતિમ તારીખ: _____

તબીબી રેકોર્ડ્સની વિનંતી કરેલ છે:

તબીબી રેકોર્ડ્સ નીચેના હેતુ(ઓ) માટે ઉપયોગમાં લેવાશે:

___ વિનંતી કરેલા તબીબી રેકોર્ડ્સની સમીક્ષા DDD સુવિધા / ઓફિસમાં કરવામાં આવશે.

___ વિનંતી કરેલા તબીબી રેકોર્ડ્સની નકલ બનાવવી અને DDD સુવિધા / ઓફિસમાં લેવામાં આવશે.

___ વિનંતી કરેલા તબીબી રેકોર્ડ્સની નકલ બનાવવી અને નીચેની વ્યક્તિ અથવા સંસ્થાને મોકલવી

જોઈએ:

નામ: _____

સરનામું: _____

શહેર, રાજ્ય, પિન કોડ: _____

આ વિનંતિ માટે કાયદેસરની યોગ્યતા:

___ આ મારા રેકોર્ડ્સ છે અને હું કાયદેસર રીતે સક્ષમ પુખ્ત છું.

___ હું તે વ્યક્તિનો કાનૂની વાલી છું જેના રેકોર્ડ્સની વિનંતી કરવામાં આવી રહી છે અને ગાર્ડિયનશિપ ઓર્ડરની એક નકલ જોડાયેલ છે.

___ હું તે વ્યક્તિનો કાનૂની વાલી છું જેના રેકોર્ડ્સની વિનંતી કરવામાં આવી રહી છે અને ગાર્ડિયનશિપ ઓર્ડરની એક નકલ જોડાયેલ છે.

આ અધિકૃતિ વિશે સમજણ અને કરાર:

1. આ અધિકૃતતા સ્વૈચ્છિક છે અને હું સમજું છું કે અધિકૃતતા સિવાય DDD આ અધિકૃતતાના હસ્તાક્ષરના આધારે સારવારની શરત રાખી શકશે નહીં, જ્યાં સુધી અધિકૃતતા: (a) સંશોધન સંબંધિત સારવાર માટે, અથવા (b) તૃતીય પક્ષ દ્વારા / જાહેરનામા દ્વારા ઉપયોગ માટે આરોગ્ય માહિતી બનાવવાના હેતુ માટે.
2. હું સમજું છું કે DDDને લેખિતમાં સૂચિત કરીને હું આ અધિકૃતતાને કોઈપણ સમયે રદ કરી શકું છું, અને DDD દ્વારા લેખિત રદબાતલ થયા પહેલા લેવાયેલી કોઈપણ કાર્યવાહી પર મારા લેખિત રદબાતલની અસર નહીં પડે.
3. વિનંતી કરેલી માહિતીને જાહેર કરવા માટે હું DDD સુવિધા / ઓફિસ સામેના તમામ દાવાઓને માફ કરવા માટે સંમત છું.
4. હું સમજું છું કે એકવાર અહીં વર્ણવેલ માહિતી જાહેર થઈ જાય, તે પછી DDD દ્વારા પૂરા પાડવામાં આવતા ગોપનીયતા સંરક્ષણોને આધીન થઈ શકશે નહીં જો માહિતી પ્રાપ્ત કરનાર આરોગ્ય યોજના નથી, આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા, આરોગ્ય સંભાળ ક્લીયરિંગહાઉસ અથવા વ્યવસાયિક સહયોગી કે જેનો DDD સાથે કરાર છે.
5. હું સમજું છું કે જો હું વિનંતી કરું કે તે રેકોર્ડ્સની નકલ કરી અને મને મોકલવામાં આવે, તો DDD વાજબી સમયમર્યાદામાં પૂરતો પ્રયાસ કરીને તે રેકોર્ડ્સ મને મોકલશે.

6. હું સમજું છું કે જો મને કરેલા રેકોર્ડની નકલો મેળવવાની ઇચ્છા હોય, તો DDD રેકોર્ડની નકલ કરવા માટે શુલ્ક લગાડી શકે છે.
7. આ અધિકૃતિ _____ (તારીખ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરનાર વ્યક્તિ દ્વારા નક્કી કરવામાં આવે છે) અથવા નીચેની સહીની તારીખથી એક વર્ષે સમાપ્ત થશે.

સહી અથવા આનું ચિહ્ન (એક પસંદ કરો): ___ વ્યક્તિગત ___ કાનૂની વાલી ___ પાવર ઓફ એટર્ની:

હસ્તાક્ષર *: _____ તારીખ: _____

ફોન: _____

જો ચિહ્ન આપવામાં આવે છે, તો સાક્ષી જરૂરી છે:

સાક્ષીની સહી: _____ તારીખ: _____

સાક્ષીનું નામ (કૃપા કરીને પ્રિન્ટ): _____

* જો કાનૂની વાલી અથવા પાવર ઓફ એટર્ની દ્વારા સહી કરેલ હોય તો, ગાર્ડિયનશિપ ઓર્ડર અથવા પાવર ઓફ એટર્ની ઓર્ડર શામેલ હોવો આવશ્યક છે.

ફોર્મ D: માહિતી આપવા બાબતે સંમતિ

પ્રતિ: ન્યુ જર્સી ડિસેબિલિટીઝ ડેવલોપમેન્ટ ડિવિઝન

હું, _____

(વ્યક્તિગત, કાનૂની વાલી અથવા પાવર ઓફ એટર્ની નામ)

માટે, અહીં પરવાનગી આપું છું _____

(વ્યક્તિગત, સંસ્થા, એજન્સી અથવા વિનંતી કરેલી માહિતીના ધારકનું નામ)

ન્યુ જર્સી ડિસેબિલિટીઝ ડેવલોપમેન્ટ ડિવિઝન (NJ Division of Developmental Disabilities) દ્વારા સેવાઓ માટેની પાત્રતા નિર્ધારિત કરવા માટેની તેમની અરજી સંબંધિત નીચે જણાવેલ વ્યક્તિના અહેવાલ(ઓ), મૂલ્યાંકન(ઓ), સારાંશ અથવા અન્ય માહિતી પ્રકાશિત કરવા:

અરજદારનું નામ (પ્રિન્ટ): _____

આપવાની માહિતી:

DDD ઇન્ટેક કાર્યકર અને નીચે આપેલા સરનામાં પર માહિતી આપવાની રહશે:

DDD ઇન્ટેક કાર્યકરનું નામ: _____

DDD ઇન્ટેક કચેરીનું સરનામું: _____

આ પ્રકાશન દ્વારા પ્રાપ્ત થયેલ માહિતી વિભાગના ગુપ્તતાના નિયમોને આધિન છે અને N.J.A.C. 10:41et seq દ્વારા લેખિત પરવાનગી આપવામાં ન આવે ત્યાં સુધી વિભાગની બહાર તેને જાહેર કરી શકાતી નથી.

સહી અથવા આનું ચિહ્ન (એક પસંદ કરો): ___ વ્યક્તિગત ___ કાનૂની વાલી ___ પાવર ઓફ એટર્ની:

હસ્તાક્ષર *: _____ તારીખ: _____

ફોન: _____

* જો ચિહ્ન આપવામાં આવે છે, તો સાક્ષી જરૂરી છે:

સાક્ષીનું નામ (પ્રિન્ટ): _____

સાક્ષીની સહી: _____ તારીખ: _____

* જો કાનૂની વાલી અથવા પાવર ઓફ એટર્ની દ્વારા સહી કરેલ હોય તો, ગાર્ડિયનશિપ ઓર્ડર અથવા પાવર ઓફ એટર્ની ઓર્ડર શામેલ હોવો આવશ્યક છે.



ન્યૂ જર્સી મતદાર નોંધણી માટેની અરજી

કૃપા કરીને શાહીમાં સ્પષ્ટ રીતે છાપો. વૈકલ્પિક ચિહ્નિત ન થાય ત્યાં સુધી બધી માહિતી આવશ્યક છે.

1 લાગુ પડે તે બધા બોક્સીસ ચેક કરો:				<input type="checkbox"/> નવી નોંધણી	<input type="checkbox"/> નામ ફેરફાર	<input type="checkbox"/> રાજકીય પક્ષ જોડાણ	FOR OFFICIAL USE ONLY	
				<input type="checkbox"/> સરનામા માં ફેરફાર	<input type="checkbox"/> સહી સુધારો	<input type="checkbox"/> મેલ દ્વારા મત		
2 શું તમે યુ.એસ. નાગરિક છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના (જો ના, તો આ ફોર્મ ભરો નહીં)		3 શું તમારી ઉંમર ઓછામાં ઓછી 17 વર્ષની છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના (જો ના, તો આ ફોર્મ ભરો નહીં)		Clerk				
4 અંતિમ નામ		પ્રથમ નામ		મધ્ય નામ અથવા ઇનીશ્યલ		પ્રત્યય (Jr., Sr., III)		
5 જન્મ તારીખ (મમ / દિદિ / વવવવ) / /				6 જાતી (વૈકલ્પિક) <input type="checkbox"/> સ્ત્રી <input type="checkbox"/> પુરુષ				Registration #
7 ન્યૂ જર્સી ડ્રાઇવર લાયસન્સ નંબર અથવા એમ.વી.સી નોન-ડ્રાઇવર આઈ.ડી નંબર				જો તમારી પાસે એન.જે ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ અથવા એમ.વી.સી નોન-ડ્રાઇવર આઈ.ડી નથી, તો તમારા સામાજિક સુરક્ષા નંબરના છેલ્લા 4 અંકો પ્રદાન કરો				Office Time Stamp
<input type="checkbox"/> "હું શપથ લઉં છું અથવા પુષ્ટિ આપું છું કે મારી પાસે એન.જે ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ નથી, એમ.વી.સી નોન-ડ્રાઇવર આઈ.ડી અથવા સામાજિક સુરક્ષા નંબર નથી."								
8 ધરનું સરનામું (પી.ઓ. બોક્સનો ઉપયોગ કરશો નહીં)		એપાર્ટમેન્ટ		મ્યુનિસિપાલિટી (શહેર/નગર)	કાઉન્ટી	રાજ્ય	ઝીપ કોડ	
9 મેઇલિંગ સરનામું (જો ધરના સરનામાંથી અલગ હોય તો)		એપાર્ટમેન્ટ		મ્યુનિસિપાલિટી (શહેર/નગર)	કાઉન્ટી	રાજ્ય	ઝીપ કોડ	
10 મત માટે નોંધાયેલ છેલ્લું સરનામું (પી.ઓ. બોક્સનો ઉપયોગ કરશો નહીં)		એપાર્ટમેન્ટ		મ્યુનિસિપાલિટી (શહેર/નગર)	કાઉન્ટી	રાજ્ય	ઝીપ કોડ	
11 ભૂતપૂર્વ નામ જો નામ બદલતા હો તો		12 દિવસનો ફોન નંબર (વૈકલ્પિક) _____						
		ઇ-મેઇલ સરનામું (વૈકલ્પિક) _____						
13 શું તમે રાજકીય પક્ષ સાથે જોડાણ જાહેર કરવા માંગો છો? <input type="checkbox"/> હા, પક્ષનું નામ છે (વૈકલ્પિક)				<input type="checkbox"/> ના, હું કોઈ રાજકીય પક્ષ સાથે જોડાવાની ઇચ્છા નથી કરતો.				Party
14 બધી ભવિષ્યની ચૂંટણીઓ માટે મેઇલ-ઇન મતપત્ર માટે વિનંતી (વૈકલ્પિક)								
<input type="checkbox"/> હું કાઉન્ટી ક્લાર્કની ઓફિસમાં લેખિતમાં વિનંતી ન કરું ત્યાં સુધી બધી ભવિષ્યની ચૂંટણીઓ માટે મેઇલ-ઇન મત પત્ર પ્રાપ્ત કરવા માંગુ છું.								
<input type="checkbox"/> મારું મતપત્ર નીચેના સરનામાં પર મેઇલ કરો જો ઉપરના મેઇલિંગ સરનામાંથી અલગ હોય.								
મેઇલિંગ સરનામું ઉપરથી અલગ હોય તો				એપાર્ટમેન્ટ	મ્યુનિસિપાલિટી (શહેર/નગર)	રાજ્ય	ઝીપ કોડ	
ઘોષણા - હું શપથ લઉં છું અથવા ખાતરી આપું છું:		● હું આગામી ચૂંટણીના ઓછામાં ઓછા 30 દિવસ પહેલાં રાજ્ય અને કાઉન્ટીમાં રહીશ		● હું સમજું છું કે કોઈપણ ખોટી કે બનાવટી નોંધણી મને \$ 15,000 સુધીનો દંડ, 5 વર્ષ સુધીની કેદ, અથવા બંન્ને આર.એસ. 19:34-1ના અનુસંધાનમાં થઈ શકે છે.				
● હું યુ.એસ. નાગરિક છું		● હું આ અથવા અન્ય રાજ્ય અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સના કાયદા હેઠળ કોઈપણ આરોપી ગુનાથી દોષિત ઠરાવાને પરિણામે કેદની સજા ભોગવી રહ્યો નથી.						
● હું ઉપરના ધરના સરનામાં પર રહું છું								
● હું ઓછામાં ઓછા 17 વર્ષનો છું, અને સમજુ શકું છું કે હું 18 વર્ષની ઉંમરે પહોંચું ત્યાં સુધી મત આપી શકીશ નહીં.								
નોંધણી કરાવનારની સહી: નીચેની લીટીઓ પર સહી અથવા ચિહ્ન અને તારીખ				જો અરજદાર આ ફોર્મ ભરવામાં અસમર્થ છે, તો આ ફોર્મ ભરનારા વ્યક્તિનું નામ અને સરનામું મુદ્રિત કરો.				
				નામ _____				
				તારીખ (મમ / દિદિ / વવવવ) _____ / _____ / _____				
X _____ તારીખ _____ / _____ / _____ (મમ / દિદિ / વવવવ)				સરનામું _____				

સેક્શન્સ 7, 8, 13 અને 14 માટે મહત્વપૂર્ણ સૂચનાઓ

- નોંધણી કરાવનાર કે જેઓ આ ફોર્મ મેઇલ દ્વારા રજૂ કરી રહ્યા છે અને પ્રથમ વખત મત આપવા માટે નોંધણી કરાવી રહ્યાં છે: જો તમે સેક્શન 7 દ્વારા જરૂરી કોઈ માહિતી પૂરી પાડશો નહીં, અથવા તમે પ્રદાન કરેલી માહિતી ચકાસી શકાતી નથી, તો તમને મતદાનના સ્થળે ઓળખ પ્રદાન ન કરવાનું ઠાળવા માટે વર્તમાન અને માન્ય ફોટો આઈ.ડી અથવા તેના પર તમારા નામ અને વર્તમાન સરનામાં સાથેનો દસ્તાવેજની નકલ પ્રદાન કરવાનું કહેવામાં આવશે. નોંધ: આઈ.ડી નંબરો ગોપનીય છે અને કોઈપણ સરકારી એજન્સી દ્વારા બહાર પાડવામાં આવશે નહીં. કોઈપણ વ્યક્તિ જે આવા નંબરોનો ગેરકાયદેસર ઉપયોગ કરે છે તે ગુનાહિત દંડને પાત્ર રહેશે.
 - જો તમે ઘર વિહોણા છો, તો તમે સંપર્ક પોઇન્ટ અથવા તમે તમારો મોટાભાગનો સમય જ્યાં પસાર કરો છો તે સ્થાન પ્રદાન કરીને વિભાગ સેક્શન 8 પૂર્ણ કરી શકો છો.
 - તમે રાજકીય પક્ષ સાથે જોડાણ જાહેર કરી શકો છો અથવા તમે અગાઉના કોઈપણ પક્ષ સાથે જોડાણને ધ્યાનમાં લીધા વિના અસંબંધિત હોવાનું જાહેર કરી શકો છો. જો તમે અગાઉથી જોડાયેલા મતદાતા છો જે રાજકીય પક્ષ જોડાણ બદલવા માંગો છો અથવા અસંબંધિત થવા માંગો છો, તો પ્રાથમિક ચૂંટણીમાં મત આપવાના હેતુ માટે તમારે પ્રાથમિક ચૂંટણીના 55 દિવસ પહેલાં આ ફોર્મ ભરવું આવશ્યક છે. સેક્શન 13 પૂર્ણ કરવું એ વૈકલ્પિક છે અને તમારી મતદાર નોંધણી અરજીની સ્વીકૃતિને અસર કરશે નહીં.
 - જો તમે ભવિષ્યની બધી ચૂંટણીઓ માટે મેઇલ-ઇન મતપત્ર મેળવવાની ઇચ્છા ધરાવતા હો, તો સેક્શન 14 માં યોગ્ય બોક્સને ચિહ્નિત કરો. જ્યાં સુધી તમે તમારા કાઉન્ટી ક્લાર્કની ઓફિસમાં લેખિત વિનંતી નહીં કરો ત્યાં સુધી તમે ભવિષ્યની બધી ચૂંટણીઓ માટે મેઇલ-ઇન મતપત્ર મેળવશો.
- વધુ માહિતીની જરૂર છે? જો તમે આ વિશે વધુ માહિતી પ્રાપ્ત કરવા માંગતા હો, તો નીચે બોક્સીસને ચેક કરો:
- મેઇલ દ્વારા મતદાન મતદાન સ્થળની સુલભતા જો તમે દૃષ્ટિ ક્ષતિ સહિતની અક્ષમતા હોય તો મતદાન કરતા હો
 - મતદાન કાર્યકર બનતા હો આ વૈકલ્પિક ભાષામાં ચૂંટણી સામગ્રી ઉપલબ્ધ છે: _____

ન્યુ જર્સી મતદાર નોંધણીની માહિતી

તમે મત આપવા માટે નોંધણી કરાવી શકો છો જો:

- તમે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સના નાગરિક છો.
- તમારી ઉંમર ઓછામાં ઓછી 17 વર્ષની છે.*
- તમે ચૂંટણીના 30 દિવસ પહેલાં રાજ્ય અને કાઉન્ટીના નિવાસી હશો.
- હું આ અથવા અન્ય રાજ્ય અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સના કાયદા હેઠળ કોઈપણ આરોપી ગુનાથી દોષિત ઠરવાને પરિણામે કેદની સજા ભોગવી રહ્યો નથી.

*જો તમે ઓછામાં ઓછા 17 વર્ષના હો તો પણ તમે મત આપવા માટે નોંધણી કરાવી શકો છો પરંતુ 18 વર્ષની ઉંમરે પહોંચ્યા સુધી મત આપી શકતા નથી.

નોંધણીની અંતિમ તારીખ: ચૂંટણીના 21 દિવસો પહેલાં

જો તમારી અરજી સ્વીકારવામાં આવે તો તમારા નોંધણી કમિશનર કમિશનર તમને જાણ કરશે.

જો તે સ્વીકારવામાં ન આવે તો, એપ્લિકેશનને કેવી રીતે પૂર્ણ કરવી અને / અથવા સુધારવી તે વિશે તમને જાણ કરવામાં આવશે.

પ્રશ્નો? Elections.NJ.gov ની મુલાકાત લો અથવા ટોલ-ફ્રી 1-877-NJVOTER (1-877-658-6837) પર કોલ કરો

1 ફોલ્ડ



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 206 TRENTON, NJ

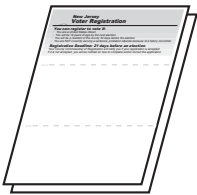
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

DIVISION OF ELECTIONS
PO BOX 304
TRENTON NJ 08625-9983

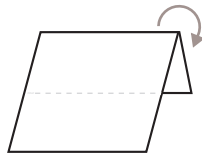


2 ફોલ્ડ

મહત્વપૂર્ણ: 100% પર છાપો - ઘટાડો નહીં. યોગ્ય મેઇલિંગની ખાતરી કરવા માટે સચિત્ર પ્રમાણ ફોલ્ડ કરો.



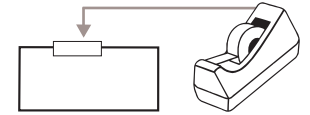
બતાવ્યા પ્રમાણે બંને
પાના એક સાથે મૂકો



1 ફોલ્ડ ઉપરથી નીચે



2 ફોલ્ડ નીચેથી ઉપર



3 ટેપ ઉપરથી બંધ કરો