

## COVID-19 ویکسینیشن قبول نامہ فارم

نوٹ: براہ کرم اس فارم کو بڑے لفظوں میں کالے یا نیلے رنگ کے قلم سے پُر کریں اور مناسب خانوں میں اس طرح "✓" کا ایک نشان لگائیں اور \* جیسا مناسب ہو حذف کریں۔

\*\*\*\*\*

### حصہ 1. ویکسین وصول کنندہ کی ذاتی تفصیلات (جیسا کہ شناختی دستاویز میں دکھایا گیا ہے)

نام: \_\_\_\_\_ (انگریزی) \_\_\_\_\_ (کنیت) \_\_\_\_\_ (دیا گیا نام)

\_\_\_\_\_ (چینی) \_\_\_\_\_ (کنیت) \_\_\_\_\_ (دیا گیا نام)

تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (تاریخ/مہینہ/سال) جنس: \_\_\_\_\_  
 رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_ (موبائل)  
 ہانگ کانگ شناختی کارڈ نمبر: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

HKIC علامت:  U  R  C  A

تاریخ اجراء: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (تاریخ/مہینہ/سال)

یا شناخت کی دوسری دستاویز: \_\_\_\_\_

دستاویز کی قسم: \_\_\_\_\_

دستاویز نمبر: \_\_\_\_\_

### حصہ 2: COVID-19 ویکسینیشن کی انتظامیہ سے متفق

میں (اے) COVID-19 ویکسینیشن پروگرام کے تحت مجھے / میرے بچے / میرے وارڈ \* کو COVID-19 کے قطرے پلانے پر اتفاق کرتا ہوں (حصہ 3 میں تفصیلات دیکھیں) اور (ب) محکمہ صحت اور متعلقہ سرکاری تعاون کرنے والی تنظیموں (جس میں ہانگ کانگ یونیورسٹی بھی شامل ہے) کے میری / میرے بچی / میرے وارڈ \* کے طبی اعداد و شمار اور متعلقہ نجی صحت کی سہولیات اور صحت سے متعلق پیشہ ور افراد کے زیر انتظام کلینیکل ڈیٹا تک رسائی اور استعمال سے اتفاق کرتا ہوں جو محکمہ صحت کی جانب سے COVID-19 کے خلاف ویکسینیشن سے وابستہ جاری حفاظت اور طبی واقعات کی نگرانی کا مقصد اس مقصد تک رسائی اور استعمال ضروری ہے۔

نوٹ: ویکسینیشن کی دو خوراکیوں میں سے ہر ایک کے لئے قبول نامہ فارم ضروری ہے۔

### حصہ 3: COVID-19 ویکسینیشن کی تفصیلات

19 ویکسینیشن کی قسم اور خوراک کی ترتیب # (بیلٹھ کینر فراہم کرنے والے کے ذریعہ مکمل کی گئی ہے) (بالکل مناسب خانوں میں ٹک "✓" لگائیں۔)

<input type="checkbox"/> mRNA ویکسین Fosun Pharma/German (BioNTech تیار کرنے والا)	<input type="checkbox"/> غیر فعال وائرس ویکسین Sinovac Biotech (Hong Kong) Limited	<input type="checkbox"/> وائرل ویکٹر ویکسین AstraZeneca/University of Oxford
<input type="checkbox"/> دوسری خوراک	<input type="checkbox"/> پہلی خوراک	

ویکسینیشن زمرہ: \_\_\_\_\_

ویکسین وصول کنندہ کی طرف سے مکمل کیا جائے جس کی عمر 18 یا اس سے زیادہ ہے

میں نے حصہ 3 میں طے شدہ COVID-19 ویکسین کے لئے ویکسینیشن فیکٹ شیٹ میں موجود معلومات بشمول COVID-19 کے غیر موافق علامات (اور ممکنہ منفی واقعات) کو پڑھ اور سمجھ لیا ہوں، بیماری سے بچاؤ اور کنٹرول (ویکسین کا استعمال) ریگولیشن (باب K 599) کے تحت مصنوعات ویکسین COVID-19 انفیکشن کی روک تھام کے لئے مخصوص مقصد کے لئے مستند ہے، لیکن فارمیسی اور زہر آرڈیننس ایکٹ (باب 138) کے تحت اندراج نہیں کیا گیا ہے، اور حصہ 3 میں مخصوص COVID-19 ویکسین وصول کرنے پر اتفاق ہے۔ مجھے سوالات دریافت کرنے کا موقع ملا اور میرے سارے سوالوں کا جواب اطمینان بخش ملا۔ ذاتی معلومات جمع کرنے اور اس رضامندی فارم کی تفصیلات کے تحت میں اپنے عہد و پیمانہ اور ذمہ داری کو بھی پوری طرح سے سمجھتا ہوں۔

میں ذیل میں دستخط کر کے اس کی تصدیق کرتا ہوں، میں (اے) COVID-19 ویکسینیشن پروگرام کے تحت COVID-19 ویکسینیشن کی انتظامیہ پر اتفاق کرتا ہوں (حصہ 3 میں تفصیلات دیکھیں) اور (ب) محکمہ صحت اور متعلقہ سرکاری تعاون کرنے والی تنظیموں (جس میں ہانگ کانگ یونیورسٹی بھی شامل ہے) کے متعلقہ نجی صحت کی سہولیات اور صحت سے متعلق پیشہ ور افراد کے زیر انتظام کلینیکل ڈیٹا تک رسائی اور استعمال سے اتفاق کرتا ہوں جو محکمہ صحت کی جانب سے COVID-19 کے خلاف ویکسینیشن سے وابستہ جاری حفاظت اور طبی واقعات کی نگرانی کا مقصد اس مقصد تک رسائی اور استعمال ضروری ہے۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس فارم میں فراہم کردہ معلومات صحیح ہیں

میں اس فارم میں اپنے ذاتی تفصیلات کو حکومت کے ذریعہ استعمال کرنے کے لئے فراہم کرنے پر اتفاق کرتا ہوں جیسے "ذاتی ڈیٹا اکٹھا کرنے کے مقصد کے بیان" میں درج ہے۔ مجھے معلوم ہے کہ حکومت مجھ سے معلومات کی تصدیق کرنے اور ویکسینیشن کے انتظامات کے لئے رابطہ کر سکتی ہے۔

اسمارٹ شناختی کارڈ ہولڈر کے لئے: میں ہیلتھ کیئر فراہم کرنے والے / سرکاری افسران کو میرے اسمارٹ شناختی کارڈ میں چپ پر محفوظ کردہ [ہانگ کانگ کے شناختی کارڈ نمبر، نام (صرف انگریزی اور چینی زبان میں)، تاریخ پیدائش اور ہانگ کانگ کے شناختی کارڈ جاری کرنے کی تاریخ] اپنی ذاتی معلومات کو پڑھنے کی اجازت دینے سے اتفاق کرتا ہوں، جسے حکومت مقاصد کے لئے استعمال کر سکتی ہے، جیسے "ذاتی ڈیٹا اکٹھا کرنے کے مقصد کے بیان" میں درج ہے۔

اس رضامندی فارم کو ہانگ کانگ کے خصوصی انتظامی خطے کے قوانین کے مطابق چلایا اور تشکیل دیا جائے گا اور میں غیر یقینی طور پر ہانگ کانگ کے خصوصی انتظامی خطے کی عدالتوں کے خصوصی دائرہ اختیار میں عرض کرتا ہوں۔

ویکسین وصول کنندہ کے دستخط (یا ان پڑھ ہو تو فنگر پرنٹ):

تاریخ:

میں نے حصہ 3 میں طے شدہ COVID-19 ویکسین کے لئے ویکسینیشن فیکٹ شیٹ میں موجود معلومات بشمول COVID-19 کے غیر موافق علامات (اور ممکنہ منفی واقعات) کو پڑھ اور سمجھ لیا ہوں، بیماری سے بچاؤ اور کنٹرول (ویکسین کا استعمال) ریگولیشن (باب K599) کے تحت مصنوعات ویکسین COVID-19 انفیکشن کی روک تھام کے لئے مخصوص مقصد کے لئے مستند ہے، لیکن فارمیسی اور زہر آرڈیننس ایکٹ (باب 138) کے تحت اندراج نہیں کیا گیا ہے، اور میں اپنے بچے / وارڈ \* کی طرف سے حصہ 3 میں مخصوص COVID-19 ویکسین وصول کرنے پر اتفاق کرتا ہوں۔ مجھے سوالات دریافت کرنے کا موقع ملا اور میرے سارے سوالوں کا جواب اطمینان بخش ملا۔ ذاتی معلومات جمع کرنے اور اس رضامندی فارم کی تفصیلات کے تحت میں اپنے عہد و پیمانہ اور ذمہ داری کو بھی پوری طرح سے سمجھتا ہوں۔

میں ذیل میں دستخط کر کے اس کی تصدیق کرتا ہوں، میں (اے) COVID-19 ویکسینیشن پروگرام کے تحت میرے بچے / میرے وارڈ \* کو COVID-19 ویکسین کی انتظامیہ پر اتفاق کرتا ہوں (حصہ 3 میں تفصیلات دیکھیں) اور (ب) محکمہ صحت اور متعلقہ سرکاری تعاون کرنے والی تنظیموں کے (جس میں ہانگ کانگ یونیورسٹی بھی شامل ہے) میرے بچے / میرے وارڈ \* کے متعلقہ نجی صحت کی سہولیات اور صحت سے متعلق پیشہ ور افراد کے زیر انتظام کلینیکل ڈیٹا تک رسائی اور استعمال سے اتفاق کرتا ہوں جو محکمہ صحت کی جانب سے COVID-19 کے خلاف ویکسینیشن سے وابستہ جاری حفاظت اور طبی واقعات کی نگرانی کا مقصد اس مقصد تک رسائی اور استعمال ضروری ہے۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس فارم میں فراہم کردہ معلومات صحیح ہیں۔

میں اس فارم میں اپنے / اپنے بچے / اپنے وارڈ \* کی ذاتی تفصیلات کو حکومت کے ذریعہ استعمال کرنے کے لئے فراہم کرنے پر اتفاق کرتا ہوں جیسے "ذاتی ڈیٹا اکٹھا کرنے کے مقصد کے بیان" میں درج ہے۔ مجھے معلوم ہے کہ حکومت مجھ سے معلومات کی تصدیق کرنے اور ویکسینیشن کے انتظامات کے لئے رابطہ کر سکتی ہے۔

اسمارٹ شناختی کارڈ ہولڈر کے لئے: میں بیلٹھ کیئر فراہم کرنے والے / سرکاری افسران کو اپنے / اپنے بچے / اپنے وارڈ \* کے اسمارٹ شناختی کارڈ میں چپ پر محفوظ کردہ [ہانگ کانگ کے شناختی کارڈ نمبر، نام (صرف انگریزی اور چینی زبان میں)، تاریخ پیدائش اور ہانگ کانگ کے شناختی کارڈ جاری کرنے کی تاریخ] اپنے / اپنے بچے / اپنے وارڈ \* کے ذاتی معلومات کو پڑھنے کی اجازت دینے سے اتفاق کرتا ہوں، جسے حکومت مقاصد کے لئے استعمال کر سکتی ہے، جیسے "ذاتی ڈیٹا اکٹھا کرنے کے مقصد کے بیان" میں درج ہے۔

اس رضامندی فارم کو ہانگ کانگ کے خصوصی انتظامی خطے کے قوانین کے مطابق چلایا اور تشکیل دیا جائے گا اور میں غیر یقینی طور پر ہانگ کانگ کے خصوصی انتظامی خطے کی عدالتوں کے خصوصی دائرہ اختیار میں عرض کرتا ہوں۔

والدین / سرپرست کے دستخط: \*

والدین / سرپرست کا نام \* (انگریزی میں):

رشتہ:

والدین / سرپرست کا HKID نمبر: \*

ٹیلیفون نمبر:

تاریخ:

#گواہ کو مندرجہ ذیل چیزوں کو مکمل کرنا ہوگا اگر ویکسین کنندہ ذہنی طور پر نااہل نہیں ہے بلکہ ان پڑھ ہے

یہ دستاویز میری موجودگی میں ویکسین وصول کرنے والوں کو پڑھ کر سمجھا دی گئی تھی۔ ویکسین وصول کرنے والوں کو سوالات پوچھنے کا موقع فراہم کیا گیا۔

گواہ کا دستخط:

گواہ کا نام (انگریزی میں):

(X)

بانگ کانگ شناختی کارڈ نمبر: (صرف حرف تہجی اور پہلے تین نمبروں کی ضرورت ہے)

تیلیفون نمبر:

تاریخ:

**To be completed by Healthcare Provider**

eHS(S) Transaction No. <b>ONE TRANSACTION NUMBER ONLY</b> (if applicable)	T _____-____-_____		
Vaccine log number		Date of Vaccination	
Place of Vaccination			
Name of Doctor			
Name of Vaccination Staff			

**پرسنل ڈیٹا جمع کرنے کے مقاصد کا بیان**  
(ورژن صرف حوالہ کے لئے ترجمہ کیا گیا ہے)

پرسنل ڈیٹا کی فراہمی رضاکارانہ ہے۔ اگر آپ معلومات فراہم نہیں کرتے ہیں تو، آپ کو ویکسینیشن نہیں مل سکے گی۔

**جمع کرنے کا مقصد**

1. حکومت کے ذریعہ فراہم کردہ پرسنل ڈیٹا ایک یا زیادہ کے لئے استعمال ہوں گے مندرجہ ذیل مقاصد:
  - (a) COVID-19 ویکسین وصول کرنے کی حالات کے بارے میں متعلقہ سرکاری محکموں اور تنظیموں کے ساتھ تفتیش؛
  - (b) ویکسینیشن کے بعد متعلقہ سرکاری دفاتر یا محکموں اور تنظیموں کو ویکسی نیشن کا انتظام کرنے اور اس کی پیروی کرنے سے آگاہ کرنا۔
  - (c) ای ہیلتھ (سبسڈی) اکاؤنٹ بنانے، اس پر عملدرآمد اور برقرار رکھنا، اور کووڈ-19 ویکسی نیشن پروگرام کا نظم و نسق اور نگرانی کرنا، بشمول امیگریشن ڈیپارٹمنٹ کے پاس محفوظ ڈیٹا کے ساتھ الیکٹرانک تصدیق کا طریقہ کار تک محدود نہیں۔
  - (d) COVID-19 ویکسی نیشن پروگرام کے تحت (COVID-19 د) ویکسی نیشن سے متعلق طبی تقریبات اور حفاظت کی مستقل نگرانی کے لئے حکومت (ہانگ کانگ یونیورسٹی سمیت) کے ساتھ تعاون کرتے ہوئے محکمہ صحت اور متعلقہ تنظیم کو تبادلہ کرنا۔
  - (e) شماریاتی اور تحقیقی مقاصد کے لئے۔ اور
  - (f) کوئی دوسرا جائز مقاصد جو قانون کے ذریعہ مطلوب، مجاز، یا اجازت دی جاسکتے ہیں۔

**منتقلی زمرے**

2. آپ کا فراہم کردہ پرسنل ڈیٹا حکومت کو منتقل کر دیا جائے گا اور اگر ضروری ہو تو، مندرجہ بالا پیراگراف 1 میں بیان کردہ مقاصد کے لئے، اس کا انکشاف حکومت اپنے ایجنٹوں، دوسری تنظیموں، اور تیسرا فریق کو بھی کر سکتی ہے۔

**پرسنل ڈیٹا تک رسائی**

3. آپ کو پرسنل ڈیٹا (پرائیویسی) آرڈیننس (کیپ 486) کے سیکشن 18 اور 22 اور اصول 6، شیڈول 1 کے مطابق اپنے ذاتی ڈیٹا تک رسائی اور اصلاح کی درخواست کرنے کا حق ہے۔  
ڈیٹا تک رسائی کی درخواست کی تعمیل کے لئے محکمہ صحت فیس وصول کر سکتا ہے۔

**پوچھ گچھ**

4. رسائی اور اصلاح کی درخواست سمیت، فراہم کردہ ذاتی ڈیٹا سے متعلق پوچھ گچھ پر توجہ دی جانی چاہئے۔

Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)  
Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon: پتہ:  
ٹیلیفون نمبر:- 2125 2045