



Counselor's Commitment :

I, hereby state that the client has been counseled about the HIV test and has been explained about the implications of the test result. All details pertaining to HIV. Its transmission, prevention, testing procedures, its limitations and interpretation of results have been explained and the client has given his/her free and informed consent to conduct an HIV test on him/her. I, the counselor, will do everything possible to assure that the consent of the counseling session and the test result will be kept confidential.

काउंसलर की प्रतिबद्धता:

मैं, एल्हूवरा बताता हूं कि क्लाइंट को एचआईवी परीक्षण के बारे में प्रामाण्य दिया गया है और परीक्षण के परिणाम के निहितार्थ के बारे में समझाया गया है। एचआईवी से संबंधित सभी विवरण। इसके संचरण, रोकथाम, परीक्षण प्रक्रियाओं, इसकी सीमाओं और परिणामों की व्याख्या के बारे में बताया गया है और क्लाइंट ने उस पर एचआईवी परीक्षण करने के लिए अपनी स्वतंत्र और सूचित सहमति दी है। मैं, काउंसलर, यह सुनिश्चित करने के लिए हर संभव प्रयास करूंगा कि काउंसलिंग सत्र की सहमति और परीक्षा परिणाम को गोपनीय रखा जाएगा।

Signature of Counsellor:

Date / /

काउंसलर के हस्ताक्षर:

दिनांक / /

Client's Informed Consent:

- ❖ I have been informed about HIV infection. Now I am aware about the possible outcomes of the test and significance. I have been informed about the limitations of the test.
- ❖ I am aware that this test cannot be imposed on me under any circumstances without my prior permission. I understand that I have the right to refuse this test.
- ❖ This is being done purely medical reasons and not any medico-legal complications.
- ❖ I am hereby giving permission to obtain the blood for HIV testing, performing the tests, generating the results and transmission of the results.

ग्राहक की सूचित सहमति:

- ❖ मुझे एचआईवी संक्रमण के बारे में सूचित किया गया है। अब मैं परीक्षण और महत्व के संभावित परिणामों से अवगत हूं। मुझे परीक्षण की सीमाओं के बारे में सूचित किया गया है।
- ❖ मुझे पता है कि यह परीक्षा मेरी पूर्व अनुमति के बिना किसी भी परिस्थिति में मुझ पर नहीं थोपी जा सकती। मैं समझता हूं कि मुझे इस परीक्षा को अस्वीकार करने का अधिकार प्राप्त करने की अनुमति दे रहा हूं।

यह विशुद्ध रूप से चिकित्सा कारणों से किया जा रहा है, न कि कोई चिकित्सकीय-कानूनी जटिलताएं। मैं एल्हूवरा एचआईवी परीक्षण, परीक्षण करने, परिणाम उत्पन्न करने और परिणामों के संचरण के लिए रक्त प्राप्त करने की अनुमति दे रहा हूं।

Signature of Client:

Date / /

ग्राहक के हस्ताक्षर:

दिनांक / /

Name:- Gaurav Ghanshyam Khobragade

Age:- 25 / M

Address:- Plot No: 21 Majri Vanjara Vasti
Uppalwadi Nagpur. 440026



भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA

गौरव घनश्याम खोब्रागडे

Gaurav Ghanshyam Khobragade

परिवार - घनश्याम खोब्रागडे

Father: GHANSHYAM

KHOBRAGADE

जन्म वर्ष / Year of Birth : 2000

पुरुष / Male



2719 9930 6736

आधार - सामान्य पाणसाचा अधिकार



महात्मा बाबासाहेब आंबेडकर प्राधिकरण
UNIQUE IDENTIFICATION AUTHORITY OF INDIA

पता: S/O घनश्याम खोब्रागडे, प्लॉट नं
21, माजरी वानाजा वस्ती, उप्पलवाडी,
नागपुर, महाराष्ट्र, 440026

Address: S/O Ghanshyam
Khobragade, PLOT NO 21, MAJRI
VANAJRA VASTI, Uppalwadi S.O,
Nagpur, Maharashtra, 440026

1947
1800 188 1947

help@uidai.gov.in

www
www.uidai.gov.in

P.O. Box No. 1947,
Bengaluru-560 001