



## पीएफएस आत्महत्या सहायता प्रोग्राम

अगर आपके पोस्ट-फाइनेस्ट्राइड सिंड्रोम से पीड़ित प्रियजन ने आत्महत्या कर ली है और आप अन्य ऐसे परिवार से जुड़ना चाहते हैं जिनके परिवार के किसी पोस्ट फाइनेस्ट्राइड सिंड्रोम पीड़ित रोगी ने आत्महत्या की हो, तो कृपया नीचे दिया फॉर्म भरें और यहाँ ईमेल करें : [social@pfsfoundation.org](mailto:social@pfsfoundation.org)

1. मेरा नाम \_\_\_\_\_

2. PFS रोगी का नाम जिसने आत्महत्या की \_\_\_\_\_

3. आत्महत्या की अनुमानित तारीख \_\_\_\_\_

4. आत्महत्या करने वाले पीएफएस रोगी से आपका रिश्ता:

\_\_\_\_ पति  
\_\_\_\_ माता-पिता  
\_\_\_\_ बच्चा  
\_\_\_\_ भाई  
\_\_\_\_ अन्य महत्वपूर्ण  
\_\_\_\_ अन्य ( कृपया बताएं ) \_\_\_\_\_

5. मेरा स्थान

शहर और राज्य (यदि अमेरिका में रहते हैं) \_\_\_\_\_

शहर और देश (यदि अमेरिका से बाहर रहते हैं) \_\_\_\_\_

6. आत्महत्या करने वाले पीएफएस रोगी का स्थान

शहर और राज्य (यदि अमेरिका में) \_\_\_\_\_

शहर और देश (यदि अमेरिका के बाहर) \_\_\_\_\_

7. संपर्क जानकारी

मुझे इस माध्यम से संपर्क करें (सारे उपलब्ध विकल्प चुने)

ईमेल: \_\_\_ मेरा ईमेल : \_\_\_\_\_

टेलीफोन: \_\_\_ मेरा फोन नंबर है: \_\_\_\_\_

स्काइप: \_\_\_ मेरा स्काइप पता है: \_\_\_\_\_

8. दिनांक (महीना) \_\_\_\_\_ (दिन) \_\_\_ (वर्ष) \_\_\_\_\_

### गोपनीयता

मैं समझता/समझती हूँ कि, इस फॉर्म को पीएफएस फाउंडेशन को सौंपने पर, मैं इस बात की सहमति देता हूँ कि आत्महत्या कर चुके पीएफएस मरीजों के परिवारजनों को ऊपर बताई गई जानकारी को वितरित करने की अनुमति देता/देती हूँ। मेरी लिखित सहमति के बिना संस्था व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य सूचना को प्रकाशित या प्रसारित नहीं करेगी।

---

हस्ताक्षर

यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया संपर्क करें:

फिलिप रॉबर्ट्स

रोगी प्रबंधक

पीएफएस फाउंडेशन

[proberts@pfsfoundation.org](mailto:proberts@pfsfoundation.org)

(856)425-6046