NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | **Office for People With Developmental Disabilities**

UPDATED - 11/2017

এর অনুমোদন/সম্মতি ক্লিনিক্যাল তথ্যের প্রকাশ

অংশ A - যার তথ্য প্রকাশ করা হবে

নাম (পদবি, নাম, মাঝের আদ্যক্ষর):	*সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (শেষ চারটি সংখ্যা):*
জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর):	*TABS আইডি নম্বর (জানা থাকলে):*

অংশ B -

সংস্থাকে অনুরোধ প্রকাশ করার অনুমতি দেওয়া হয়েছে	*যে ব্যক্তি বা সংস্থার কাছে রেকর্ড প্রকাশ করা হবে (নাম, ঠিকানা বা উপলভ্য অন্যান্য যোগাযোগের তথ্য)*
NYS OPWDD	

অংশ C - যে রেকর্ড/তথ্য প্রকাশ করা হবে

OPWDD রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট, পরীক্ষার ফলাফল, রেডিওলজি অধ্যয়ন, ফিল্ম, রেফারেল, পরামর্শ, বিলিং রেকর্ড, বিমার রেকর্ড এবং OPWDD পরিষেবার জন্য আবেদনকারী ব্যক্তিদের অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীদের দ্বারা আমাদের কাছে পাঠানো রেকর্ড এবং OPWDD পরিষেবা প্রাপ্ত বা পাচ্ছে এমন ব্যক্তিদের রেকর্ড সহ মেডিক্যাল রেকর্ড রক্ষণাবেক্ষণ করে।

আমি উপরে বর্ণিত OPWDD দ্বারা রক্ষণাবেক্ষণ করা সমস্ত তথ্য প্রকাশের অনুমতি দিচ্ছি। অন্তর্ভুক্ত করুন (সংক্ষেপে জানান):

_____ মাদকাসক্তির চিকিৎসা _____ মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য _____ এইচ-আইভি সংক্রান্ত তথ্য

আমি উপরে বর্ণিত OPWDD দ্বারা রক্ষণাবেক্ষণ করা সমস্ত তথ্য কেবলমাত্র

(তারিখ লিখুন) _____ থেকে (তারিখ লিখুন) _____

পর্যন্ত সময়ের জন্য প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি।

অংশ D - প্রকাশের উদ্দেশ্যে ও কারণ

আপনাকে **অবশ্যই** নিম্নলিখিত চেক করতে হবে **এবং** তথ্যের এই প্রকাশের কারণ ও উদ্দেশ্য জানাতে হবে:

☐ এই উদ্দেশ্যে ব্যক্তির অনুরোধে: _____

☐ (বর্ণনা করুন)-এর উদ্দেশ্য ও কারণের অন্যান্য: _____

অংশ E - অনুমোদনের মেয়াদ

এই অনুমোদনের মেয়াদ শেষ হবে (তারিখ ও ঘটনা জানান): _____

অংশ F - প্রয়োজনীয় সই

1. যে ব্যক্তি বা সত্ত্বাকে উপরের তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করার অনুমতি দিয়েছি তা আমি যে কোনও সময় লিখিতভাবে, জানিয়ে প্রত্যাহার করতে পারি। আমি বুঝেছি যে উল্লিখিত ব্যক্তি বা সত্ত্বা আমার প্রত্যাহারের খবর পাওয়ার আগে যে কর্মকাণ্ড করেছে তার উপর এবং তারা এই অনুমোদনের উপর যতটা নির্ভর করেছে তার উপর এই প্রত্যাহার কার্যকরী হবে না।
2. আমি বুঝেছি যে, যে ব্যক্তি বা সত্ত্বা আমার স্বাস্থ্য ও ক্লিনিক্যাল তথ্য পাওয়ার জন্য অনুমোদিত সেটি যদি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী বা হেলথ প্ল্যান না হয়, তাহলে প্রকাশিত তথ্য আবার প্রকাশ করা হতে পারে এবং ফেডারেল গোপনীয়তা বিধি মেনে আর নাও সুরক্ষিত থাকতে পারে। যদি আমি এইচআইভি/এইডস, মাদকাসক্তির চিকিৎসা বা মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে চলেছি এমন হয়, তাহলে প্রাপক সেই তথ্যের পুনঃপ্রকাশ থেকে এবং ফেডারেল বা স্টেট আইনের অনুমতি বাদে আমার অনুমোদন ছাড়া অন্য উদ্দেশ্যে প্রকাশিত তথ্য ব্যবহার করা থেকে নিষিদ্ধ থাকবে না। এইচআইভি/এইডস সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের কারণে আমার সঙ্গে বৈষম্যতা করা হলে, আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের মানবাধিকার বিভাগে 1-888-392-3644 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারি। এই এজেন্সি আমার অধিকার রক্ষা করতে দায়বদ্ধ।
3. আমি এই ফরম সই করতে অস্বীকার করতে পারি এবং সই করতে না চাওয়ার জন্য, পেমেন্ট ও নথিভুক্তিকরণের জন্য এই তথ্যের প্রয়োজন এমন কিছু পরিস্থিতি ব্যতীত আমার চিকিৎসা বা পেমেন্ট পাওয়ার ক্ষমতা প্রভাবিত হবে না।
4. OPWDD-এর গোপনীয়তা নীতি অনুসারে, লিখিত অনুরোধের মাধ্যমে এই অনুমোদনের অধীনে যে কোনও তথ্যের ব্যবহার বা প্রকাশ পরিদর্শন বা কপি করতে পারি।

আমি উপরে উল্লিখিততথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি:

স্বাক্ষর:	*ছাপানো নাম:*	*তারিখ:*

এই ফরমে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি যদি যে ব্যক্তির তথ্য প্রকাশ করা হচ্ছে তিনি না হন, তাহলে তার হয়ে সই করার আপনার অধিকার জানাতে নিচে **অবশ্যই** টিক দিতে হবে:

☐ 18 বছরের কম বয়সীর অভিভাবক।

☐ ব্যক্তিগত প্রতিনিধি (আপনাকে **অবশ্যই** উক্ত ব্যক্তির হয়ে কথা বলার অধিকারের বর্ণনা দিতে হবে নথি সংযুক্ত করতে হবে):

_____