

Patient Name:	Date of Birth:	Social Security Number (Last four digits):
Address:	Client ID Number (CIN):	Disability ID Number (DIN):

আমি বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি অনুরোধ করছি যে এই ফর্মে উল্লেখ অনুযায়ী আমার শ্রমশা এবং চিকিত্সা সম্পর্কিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করা হোক: নিউ ইয়র্ক স্টেট ল এবং প্রাইভেসি রুল অফ দ্য Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (হেলথ ইন্স্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট অফ 1996, HIPAA), আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদনের মধ্যে অ্যালকোহল এবং ড্রাগের অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিত্সা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ হতে পারে সাইকোথেরাপি তথ্য, এবং গোপনীয় HIV সম্পর্কিত তথ্য বাদে, যতক্ষণ না আমি আইটেম 9(c)-তে সঠিক বাক্সে (গুলিতে) টিক চিহ্ন দিচ্ছি। সেকশন 9(a)-তে নিম্নে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে এই ধরনের তথ্যের মধ্যে কোনও একটি থাকলে এবং আমি আইটেম 9(b)-এর বাক্সের লাইনের ওপর স্বাক্ষর করে থাকলে আমি আইটেম 8-এ উল্লেখিত ব্যক্তির(গণের) কাছে নির্দিষ্টভাবে এরকম তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করছি।
- যদি আমি HIV-সম্পর্কিত, অ্যালকোহল বা ড্রাগ চিকিত্সা, বা মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিত্সার তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করি তাহলে প্রাপক আমার অনুমোদন ছাড়া এরকম তথ্যে পুনরায় প্রকাশ করতে পারবে না, যদি না ফেডেরাল বা স্টেট আইনের অধীনে অনুমতি থাকে। আমি বুঝেছি যে অনুমোদন ছাড়া আমার HIV সম্পর্কিত তথ্য পেতে পারেন বা ব্যবহার করতে পারেন এরকম ব্যক্তিদের তালিকার জন্য অনুরোধ করার আমার কাছে অধিকার আছে। যদি HIV সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ বা মুক্ত করার কারণে আমার বৈশিষ্ট্যের অভিজ্ঞতা হয় তাহলে আমি New York State Division of Human Rights (নিউ স্টেটের মানবাধিকার বিভাগ) এর (888) 392-3644 বা TDD/TTY (718) 741-8300 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারি।
- আমার কাছে সেকশন 7-এ নিম্নে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে যে কোনও সময় লিখিতভাবে আবেদন করে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আছে। আমি বুঝেছি যে, এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে কোনও কাজ না করা হয়ে থাকলে আমি এই অনুমোদনটি প্রত্যাহার করতে পারি। যদি আগে প্রত্যাহার না করা হয়ে থাকে, তাহলে নির্ধারণ/পর্যবেক্ষণ সম্পূর্ণ হওয়ার পর বা এই ফর্ম স্বাক্ষর করার তারিখ থেকে এক বছর পর, যেটি আগে আসবে, এই অনুমোদনটি সমাপ্ত হয়ে যাবে।
- আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনটি স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমি বুঝেছি স্টেট State Disability Review Unit-এর (প্রতিবন্ধী পর্যবেক্ষণ ইউনিট) প্রতিবন্ধতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্য তথ্য সংগ্রহ করার উদ্দেশ্যে এই ফর্মটি সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন আছে। আমি বুঝেছি যে আমার অনুমোদন ব্যতীত Medicaid সুবিধার জন্য আমার যোগ্যতা প্রভাবিত হতে পারে।
- এই অনুমোদনের অধীনে প্রকাশ করা তথ্য স্বাস্থ্য বিভাগ দ্বারা প্রকাশ করা যেতে পারে (উপরে আইটেম 2-তে উল্লেখিত বাদে) এবং এই পুনরায় প্রকাশটি ফেডেরাল বা স্টেট আইন দ্বারা আর সুরক্ষিত নাও থাকতে পারে।
- এই অনুমোদনটি সেকশন 9 (b)-তে উল্লেখিত সরকারি এজেন্সি বাদে অন্য কারোর সাথে আমার স্বাস্থ্য তথ্য বা চিকিত্সাগত পরিচর্যা আলোচনা করার অনুমতি প্রদান করে না।

7. এই তথ্যটি যে অনুমোদিত স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী বা সংস্থা প্রকাশ করবে তার নাম এবং ঠিকানা:

8. এই তথ্যে যে ব্যক্তির(দের) বা এজেন্সির কাছে পাঠানো হবে তাদের নাম এবং ঠিকানা:

State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(a). যে নির্দিষ্ট তথ্য প্রদান করা হবে:

- এই তারিখ থেকে মেডিক্যাল রেকর্ড \_\_\_\_\_ (তারিখ) থেকে \_\_\_\_\_ (তারিখ) পর্যন্ত চিকিৎসাগত রেকর্ড।
- সম্পূর্ণ চিকিত্সাগত রেকর্ড, রোগীর ইতিহাস, অফিসের নোট সহ (সাইকোথেরাপি নোট বাদে), পরীক্ষণের ফলাফল, রেডিওলজি স্টাডি, ফিল্ম, রেফারেল কনসাল্ট বিলিং রেকর্ড, বিমা রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী দ্বারা আপনার কাছে পাঠানো রেকর্ড।
- অন্যান্য: \_\_\_\_\_

9(b). স্বাস্থ্যের তথ্য আলোচনার অনুমোদন

এখানে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে \_\_\_\_\_ আমি এই ব্যক্তিকে অনুমোদন প্রদান করছি \_\_\_\_\_  
(ব্যক্তি/স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর নাম)

আমার স্বাস্থ্য তথ্য আলোচনা করার জন্য State Disability Review Unit ।

9(c). আমি এগুলি প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করছি (যে সমস্ত বাক্স প্রযোজ্য সেটিতে টিক চিহ্ন দিন):  অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসা  মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত  HIV-সম্পর্কিত তথ্য

10. তথ্য প্রকাশ করার কারণ:  ব্যক্তির অনুরোধে  অন্যান্য: \_\_\_\_\_

11. ব্যবহার/প্রকাশ করার উদ্দেশ্য:

Disability Determination and Review

12. যদি রোগী না হয়, ফর্ম স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম (প্রিন্ট করুন):

13. রোগীর পক্ষ থেকে স্বাক্ষর করার জন্য অধিকারীর প্রকার:

এই ফর্মের সমস্ত সেকশন সম্পূর্ণ করা হয়েছে এবং এই ফর্মের সম্পর্কে আমার সব প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে।

আমি এই পৃষ্ঠায় উল্লেখিত কেন্দ্র/ব্যক্তিকে এই পৃষ্ঠায় উল্লেখিত ব্যক্তির স্বাস্থ্য তথ্য New York State Department of Health State Disability Review Unit-এর কাছে স্বাস্থ্য প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করছি।

“স্বাস্থ্য তথ্য এবং গোপনীয় HIV-সম্পর্কিত তথ্যের প্রকাশের জন্য অনুমোদন ফর্ম” আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে (হাসপাতাল, ডাক্তার, থেরাপিস্ট, ইত্যাদি) আপনার স্বাস্থ্য রেকর্ডের প্রতিলিপি স্টেট প্রতিবন্ধকতা পর্যবেক্ষণ দলের কাছে পাঠানোর অনুমতি প্রদান করে। এই স্বাস্থ্য রেকর্ডগুলি আপনি প্রতিবন্ধী কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য আপনার প্রতিবন্ধকতা পর্যবেক্ষণ দলকে সাহায্য করবে। আপনাকে এই ফর্মের মধ্যে একটি সম্পূর্ণ করতে হবে এবং আপনার প্রত্যেকটি স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে পাঠাতে হবে, যা আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ডে পাঠানো দরকার।

এই ফর্মের উপরের বাম্ভাগি সম্পূর্ণ করতে হবে। যদি তথ্যটি ভুল হয় তাহলে ভুল তথ্যের ওপর একটি লাইন টানুন এবং সঠিক তথ্য লিখুন।

অবশিষ্ট ফর্ম সম্পূর্ণ করার আগে উপরের বাম্ভাগের নিচে আইটেম 1-6-এর তথ্য পড়ুন। এই অনুচ্ছেদটি সেই ধরনের স্বাস্থ্য তথ্যের সম্পর্কে আপনাকে তথ্য প্রদান করে যা আপনি আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে পাঠানোর জন্য বেছে নিতে পারেন, আপনার স্বাস্থ্য রেকর্ড প্রকাশ করার অনুমোদনের ব্যাপারে আপনার অধিকার এবং কিভাবে অনুমোদন বন্ধ করতে হবে এবং কার কাছে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য দেখার অনুমতি আছে।

- 7) সেই স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর নাম এবং ঠিকানা লিখুন যিনি আপনার স্বাস্থ্য রেকর্ড স্টেট প্রতিবন্ধকতা পর্যবেক্ষণ দলের কাছে পাঠাবেন।  
**আপনার প্রত্যেকটি স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর জন্য একটি ফর্ম সম্পূর্ণ করুন।**
- 8) যে স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে স্বাস্থ্য রেকর্ড পাঠানো হবে তাকে জানান। এই বাম্ভাগের মধ্যে স্টেট প্রতিবন্ধকতা পর্যবেক্ষণ দলের তথ্য আগে থেকেই সম্পূর্ণ করা থাকবে।
- 9a) • যদি আপনি চান যে স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড একটি নির্দিষ্ট সময়ের জন্য পাঠিয়ে দিক, তাহলে প্রথম বাম্ভাগে টিক দিন এবং মেয়াদের জন্য তারিখ লিখুন। একটি প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করার জন্য যে মেয়াদে প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করা হচ্ছে তার জন্য অন্তত 12 মাসের স্বাস্থ্য রেকর্ড প্রয়োজন।  
• যদি আপনি চান যে আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী আপনার সম্পূর্ণ চিকিৎসাগত রেকর্ড পাঠিয়ে দিক তাহলে দ্বিতীয় বাম্ভাগে টিক দিন।  
• যদি আপনি চান যে আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী অন্য কোনও তথ্য পাঠিয়ে দিক তাহলে তৃতীয় বাম্ভাগে (অন্যান্য) টিক দিন এবং সেই তথ্যটি লিখুন যা স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে পাঠাতে হবে।
- 9b) যদি আপনি স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে স্টেট প্রতিবন্ধকতা পর্যবেক্ষণ দলের ব্যাপারে কারোর সঙ্গে কথা বলার অনুমতি দিতে ইচ্ছুক হন তাহলে প্রদত্ত লাইনের ওপর আপনার স্বাক্ষর এবং স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর নাম লিখুন।
- 9c) 9(c)-এর অধীনে চিকিৎসাগত তথ্যের প্রকারের জন্য বাম্ভাগে টিক দিন যেটি পাঠানোর জন্য আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে অনুমতি আছে।
- 10) যদি ব্যক্তি তথ্য প্রকাশের অনুরোধ করে থাকেন তাহলে বাম্ভাগে টিক দিন বা অন্যান্যভাবে টিক দিন এবং অনুরোধের কারণ উল্লেখ করুন।
- 11) প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ এবং পর্যবেক্ষণই হলো এই অনুরোধের উদ্দেশ্য।
- 12) যদি আপনি চিকিৎসাগত রেকর্ড অনুরোধ করার জন্য ফর্ম সম্পূর্ণকারী রোগী না হন তাহলে আপনার নাম প্রিন্ট করুন।
- 13) যদি আপনি রোগীর আইনি প্রতিনিধি হন তাহলে রোগীর সঙ্গে আপনার সম্পর্ক উল্লেখ করুন। উদাহরণস্বরূপ, যদি রোগী একজন বাচ্চা হয় এবং আপনি তার পিতা-মাতা হন তাহলে পিতা-মাতা লিখুন। যদি আপনি রোগীর আইনি অভিভাবক হন, তাহলে আইনি অভিভাবক লিখুন।

যদি আপনি চান যে আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড পাঠিয়ে দিক তাহলে রোগীর বা রোগীর আইনি প্রতিনিধি দ্বারা এই ফর্মটি অবশ্যই স্বাক্ষরিত হতে হবে এবং তারিখ উল্লেখিত থাকতে হবে।