

**মদ্যাসক্ত/মাদকদ্রব্যের অপব্যবহারকারী রোগী
সম্পর্কিত
তথ্য প্রকাশে সম্মতি**

রোগীর পদবি	নাম	মধ্যনামের আদ্যক্ষর
কেস নম্বর		
প্রতিষ্ঠান		ইউনিট

নির্দেশাবলী:

রোগীকে এই ফর্মের একটি কপি দিন! রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি (1) কপি প্রস্তুত করুন। তথ্যের অনুরোধের সাথে যদি এই ফর্মটি অন্য কোনও এজেন্সির কাছে পাঠানো হয় তাহলে রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য অতিরিক্ত একটি কপি প্রস্তুত করুন।

ব্যক্তিগত পরিচয় সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ এবং অর্জন করার বিষয়ে রোগীর সম্মতি

কী ধরনের তথ্য কতটা প্রকাশ বা অর্জন করা হবে

অভিযোগ করা কোনও অপব্যবহার বা অবহেলার ঘটনা(গুলি) বা অন্যান্য এমন উল্লেখযোগ্য ঘটনা যাতে হয়ত আমার নাম আছে বা কোনওভাবে আমি জড়িয়ে আছি তার তদন্ত করার জন্য প্রয়োজনীয় সকল তথ্য।

প্রকাশ/রিলিজ করার উদ্দেশ্য বা প্রকার এবং ব্যক্তিগত পরিচয় সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ এবং অর্জনকারী সংস্থার নাম।

- আমি যে সংস্থাগুলির কাছে এবং এগুলির মধ্যে গোপন তথ্য প্রকাশ করায় সম্মতি দিচ্ছি সেগুলি হল নিউ ইয়র্ক স্টেট মদ্যাসক্ত এবং মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার সংক্রান্ত পরিষেবাসমূহের দপ্তর (OASAS), বিশেষ শুনানী ব্যুরো সহ শিশু এবং পরিবার পরিষেবা দপ্তর (OCFS) এবং অসুরক্ষিত ব্যক্তিদের কেন্দ্রীয় রেজিস্টার (VPCR) □□ NYS-এর বিশেষ চাহিদাসূক্ত ব্যক্তিদের সুরক্ষার জন্য ন্যায্য কেন্দ্র (JC) এবং এর উদ্দেশ্য হল অভিযোগ করা কোনও অপব্যবহার বা অবহেলার ঘটনা(গুলি) বা অন্যান্য এমন উল্লেখযোগ্য ঘটনা যাতে হয়ত আমার নাম আছে বা কোনওভাবে আমি জড়িয়ে আছি তার তদন্ত করা বা সেই সম্বন্ধীয় সিদ্ধান্ত নেওয়া।
- আমি যদি অপ্রাপ্তবয়স্ক হই (18 বছরের কম) তাহলে আমি অতিরিক্তভাবে যে কার্যক্রমে সম্মতি প্রদান করছি সেটি হল, নিউ ইয়র্ক স্টেট মদ্যাসক্ত এবং মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার সংক্রান্ত পরিষেবাসমূহের দপ্তর (OASAS), পরিবার পরিষেবা দপ্তর (OCFS) এবং NYS-এর বিশেষ চাহিদাসূক্ত ব্যক্তিদের সুরক্ষার জন্য ন্যায্য কেন্দ্র (JC) আমার পিতামাতা বা আইনি অভিভাবককে অভিযোগ করা কোনও অপব্যবহার বা অবহেলার ঘটনা(গুলি) বা অন্যান্য এমন উল্লেখযোগ্য ঘটনা যাতে হয়ত আমার নাম আছে বা কোনওভাবে আমি জড়িয়ে আছি এমন বিষয়গুলির সম্বন্ধে বিজ্ঞপ্তি প্রদান করবে।

আমি উপরের বিষয়বস্তু পড়ে নিচে স্বাক্ষর করেছি এবং প্রকাশকারী প্রতিষ্ঠানের কর্মীকে এই ধরনের তথ্য যা এখানে নির্দিষ্ট করে দেওয়া হয়েছে সেগুলি প্রকাশ এবং অর্জন করার জন্য অনুমোদন দিয়েছি। আমি বুঝেছি যে এটির উপর যতটা কাজই করা হয়ে গিয়ে থাকুক না কেন আমি যেকোনও সময় লিখিত আবেদন করে এই সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। স্বাক্ষর করার দিন থেকে ছয় (6) মাস সম্পূর্ণ হওয়ার সাথে সাথে এই সম্মতি মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যদি না নিচে ভিন্ন কোনও সময়সীমা, ঘটনা বা শর্ত নির্দিষ্ট করা না থাকে, সেই ক্ষেত্রে সেই সময়সীমা, ঘটনা বা শর্ত প্রযোজ্য হবে। আমি এটাও বুঝেছি যে যেকোনও শনাক্তকারী তথ্যের প্রকাশ মদ্যাসক্ত এবং মাদকদ্রব্যের অপব্যবহারকারী রোগীদের রেকর্ডের গোপনীয়তা নিয়ন্ত্রণকারী যুক্তরাষ্ট্রীয় বিধিনিয়ম কোডের (C.F.R.) ভাগ 2-এর শীর্ষক 42-এর সাথে সাথে স্বাস্থ্য বিমার পোর্টেবিলিটি এবং অ্যাকাউন্টবিলিটি □□□ 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. §§160 & 164 দ্বারাও সুরক্ষিত এবং আমার থেকে অতিরিক্ত লিখিত অনুমোদন না নিয়ে এই অতিরিক্ত তথ্য উপরে উল্লেখিত পক্ষগুলি ব্যতীত অন্য কোনও পক্ষের কাছে পুনরায় প্রকাশ করা যাবে না।

সময়সীমা, ঘটনা বা শর্ত উপরে উল্লেখ করা সময়সীমা বর্ধিত করে: ন্যায্য কেন্দ্রের দ্বারা অপব্যবহার বা অবহেলা করা বা অন্য কোনও উল্লেখযোগ্য ঘটনা সংক্রান্ত র অভিযোগের তদন্ত 2012 সালের আইনের অধ্যায় 501 অনুসারে এবং NY সামাজিক পরিষেবা আইনের ধারা 6, শীর্ষক 6 মেনে সম্পূর্ণ করতে হবে।

দ্রষ্টব্য:

এই ফর্মের মাধ্যমে রিলিজ হওয়া যেকোনও তথ্যের সাথে **অবশ্যই মদ্যাসক্ত / মাদকদ্রব্যের অপব্যবহারকারী রোগী বিষয়ক তথ্যের পুনরায় প্রকাশের উপর নিষিদ্ধতা (TRS-1) ফর্ম থাকতে হবে**

আমি এটাও বুঝেছি যে আমি সম্মতি দেওয়ার ফর্মে স্বাক্ষর করি বা করি কার্যক্রমটি আমার চিকিৎসার উপর সাধারণত শর্ত আরোপ করে না কিন্তু আমি যদি সম্মতি দেওয়ার ফর্মে স্বাক্ষর না করি তাহলে বিশেষ সীমিত পরিস্থিতিতে আমার চিকিৎসা পাওয়া বন্ধ হয়ে যেতে পারে। আমি আমার স্বাক্ষর করা এই ফর্মের একটি কপি পেয়েছি।

(রোগীর স্বাক্ষর)

(রোগী/অভিভাবকের স্বাক্ষর)

(স্পষ্ট হরফে লেখা রোগীর নাম)

(স্পষ্ট হরফে লেখা রোগী/অভিভাবকের নাম)

(তারিখ)

(তারিখ)

