



# Office of Addiction Services and Supports

গ্যাম্বলিং সমস্যা/প্যাথলজিক্যাল রোগীর  
তথ্য প্রকাশের অনুমতি

বাতিলের তারিখ \_\_\_\_\_ কর্মচারীর স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

রোগীর নামের শেষ অংশ	প্রথম অংশ	নামের মধ্যাংশ
কেস নম্বর-		
ফ্যাসিলিটি	ইউনিট	

**নির্দেশনা:**

রোগীকে ফরমের একটি কপি প্রদান করুন। রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি (1) কপি প্রস্তুত করুন। এই ফরমটি বিলিংয়ের উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হয়ে থাকলে, রিসোর্স এবং রি-ইন্সার্মেন্ট এজেন্টের জন্য একটি অতিরিক্ত কপি প্রস্তুত করুন। এই ফরমটি অন্য কোনো এজেন্সির কাছে তথ্যের জন্য প্রেরণ করা হয়ে থাকলে রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি অতিরিক্ত কপি প্রস্তুত করুন।

**রোগীর সম্মতিক্রমে [প্রকাশ]/ [উন্মোচন]**  
- (সার্কেল)

প্রকাশিত/উন্মোচন হতে যাওয়া তথ্যের সীমা অথবা প্রকৃতি	
প্রকাশ/উন্মোচন করার উদ্দেশ্য বা প্রয়োজনীয়তা	
তথ্য প্রকাশকারী/ উন্মোচনকারী ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের নাম বা পদবি	যে ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের কাছে তথ্য প্রকাশ বা উন্মোচন করা হবে তার নাম বা পদবি
পক্ষদ্বয়:	এবং:

আমি, নিম্নে স্বাক্ষরকারী, উপরোক্ত বিষয়গুলি পড়েছি এবং তথ্য প্রকাশকারী/ উন্মোচনকারী ফ্যাসিলিটির উল্লিখিত কর্মীকে এখানে অন্তর্ভুক্ত তথ্য প্রকাশ বা উন্মোচন করতে অনুমোদন করছি। আমি জানি যে এই সম্মতিটির উপর নির্ভর করে ইতোমধ্যে নেওয়া পদক্ষেপ ব্যতীত যেকোনো সময় লিখিতভাবে আমি আমার সম্মতিটি প্রত্যাহার করতে পারি। এই সম্মতিটি স্বাক্ষর হওয়ার ছয় (6) মাসের মধ্যে মেয়াদোত্তীর্ণ হবে, যদি না আলাদা কোনো সময়কাল, ঘটনা বা শর্ত নিচে নির্দিষ্ট করে উল্লেখ করা হয়; সেই ক্ষেত্রে সেই সময়কাল, ঘটনা বা শর্ত প্রযোজ্য হবে। আমি আরও জানি যে, যেকোনো তথ্যের প্রকাশ/উন্মোচন অবশ্যই নিউ ইয়র্ক স্টেট আইন এবং হেলথ ইন্স্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি এবং অ্যাকাউন্টেবিলিটি আইন 1996 (“HIPAA”) অনুযায়ী হতে হবে এবং আমার অতিরিক্ত একটি লিখিত অনুমতি ব্যতীত এই তথ্য উপরে মনোনীত পক্ষ ছাড়া অন্য কোনো পক্ষের কাছে পুনরায় প্রকাশ করা নিষিদ্ধ।

উপরে উল্লিখিত সময়কাল প্রতিস্থাপনকারী সময়কাল, ঘটনা বা শর্ত: \_\_\_\_\_

**নোট:** এই ফরমের মাধ্যমে উন্মোচিত যেকোনো তথ্যের সাথে গ্যাম্বলিং সমস্যা/প্যাথলজিক্যাল রোগীর তথ্যের পুনঃপ্রকাশে নিষেধাজ্ঞার ফরমটিও থাকবে।

আমি বুঝতে পারছি যে, সাধারণভাবে সম্মতি ফরমে আমার স্বাক্ষর করা না করা এই প্রোগ্রামের অধীনে আমার চিকিৎসা গ্রহণের জন্য কোনো শর্ত আরোপ করে না কিন্তু কিছু নির্দিষ্ট সীমিত পরিস্থিতিতে সম্মতি ফরমে স্বাক্ষর না করলে আমি চিকিৎসা নাও পেতে পারি। আমি এই ফরমের নিচে আমার স্বাক্ষরিত একটি কপি পেয়েছি।

_____	_____
(রোগীর স্বাক্ষর)	(পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)
_____	_____
(স্পষ্ট অক্ষরে রোগীর নাম)	(স্পষ্ট অক্ষরে পিতামাতা/অভিভাবকের নাম)
_____	_____
(তারিখ)	(তারিখ)