



Office of Addiction Services and Supports

গ্যাছলিং সমস্যাযুক্ত রোগীর
তথ্য প্রকাশের অনুমতি

LOCADTR মূল্যায়ন

বাতিলের তারিখ: _____ কর্মীর নামের আদ্যক্ষর: _____

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

নির্দেশনা:

রোগীকে এই ফরমের একটি কপি প্রদান করুন! রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি (1) কপি প্রস্তুত করুন। এই ফরমটি অন্য কোনো এজেন্সির কাছে তথ্যের জন্য প্রেরণ করা হয়ে থাকলে রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি অতিরিক্ত কপি প্রস্তুত করুন।

ব্যক্তিগত শনাক্তকরণ তথ্য প্রকাশ ও প্রাপ্তির জন্য রোগীর সম্মতি

প্রকাশিত অথবা প্রাপ্ত তথ্যের সীমা অথবা প্রকৃতি:

গ্যাছলিং চিকিৎসা রেফারেল “LOCADTR” মূল্যায়ন সম্পর্কিত সমস্যার জন্য সেবার একটি ব্যক্তিগতকৃত মাত্রা সম্পন্ন করতে সকল তথ্যের প্রয়োজন।

ব্যক্তিগত শনাক্তকরণ তথ্য প্রকাশ/উন্মোচনের উদ্দেশ্য বা প্রকৃতি এবং তথ্য প্রকাশকারী ও গ্রহণকারী প্রতিষ্ঠানসমূহের নাম:

আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অব অ্যাডিকশন সার্ভিসেস অ্যান্ড সাপোর্ট (OASAS), উপরে শনাক্ত OASAS-অনুমোদিত চিকিৎসা ফ্যাসিলিটি এবং আমার ক্লিনিক্যাল চিকিৎসার পেয়ার (বায় বহনকারী)/ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যান _____ এর কাছে গোপনীয় তথ্য প্রকাশ করতে সম্মতি দিচ্ছি, যার মধ্যে গ্যাছলিং ডেটা সিস্টেম (GDS)-এর তথ্য এবং আমার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর অন্তর্ভুক্ত।

আমি জানি যে, সেবা নির্ধারণ মূল্যায়নের মাত্রা শুধুমাত্র আমার সাথে, OASAS চিকিৎসা ফ্যাসিলিটি এবং উপরে শনাক্ত পেয়ার/ প্ল্যানের সাথে ভাগাভাগি করা হবে। যদি না আমি অন্য এজেন্সি, প্রোগ্রাম বা পেয়ারদের সাথে তথ্য ভাগাভাগি করার লিখিত অনুমতি দিই।

আমি এও বুঝেছি যে, ব্যক্তিগত নয় এমন শনাক্তকরণ তথ্যও মূল্যায়িত হতে পারে যাতে LOCADTR মূল্যায়ন যন্ত্রের কার্যকারিতার মূল্যায়ন করা যায়।

আমি, নিম্নে স্বাক্ষরকারী, উপরোক্ত বিষয়গুলি পড়েছি এবং নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অব অ্যাডিকশন সার্ভিসেস অ্যান্ড সাপোর্ট (OASAS) ও উল্লিখিত OASAS-অনুমোদিত চিকিৎসা ফ্যাসিলিটির কর্মীকে এখানে অন্তর্ভুক্ত তথ্য প্রকাশ এবং গ্রহণ করতে অনুমোদন দিচ্ছি।

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 এও বুঝেছি যে, যেকোনো শনাক্তকরণ তথ্যের প্রকাশ হেলথ ইন্স্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি এবং অ্যাকাউন্টেবিলিটি আইন 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. §§160 & 164-এর দ্বারা সীমাবদ্ধ।

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 একটি কপি পেয়েছি।

(রোগীর স্বাক্ষর)

(পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর)

(স্পষ্ট অক্ষরে রোগীর নাম)

(স্পষ্ট অক্ষরে পিতামাতা/অভিভাবকের নাম)

(তারিখ)

(তারিখ)