



<b>অসংলগ্নভাবে গাড়ি চালানোর অভিযোগ আছে এমন ব্যক্তির তথ্য প্রকাশের জন্য সন্মতি</b> <b>অসংলগ্ন গাড়ি চালক সংক্রান্ত ব্যবস্থা (IDS)</b>		ব্যক্তির পদবী, নাম এবং MI <hr/> ব্যক্তির DMV গ্রাহক ID (গাড়ি চালকের লাইসেন্স নম্বর) <hr/> প্রেরকের নাম ও ঠিকানা
ব্যক্তির কেস নম্বর বা ফাইল সূত্র		
<b>প্রেরকের প্রকার</b>		
<input type="checkbox"/> আদালত	<input type="checkbox"/> IDP প্রদানকারী	<input type="checkbox"/> মোটোরচালক
<input type="checkbox"/> DMV	<input type="checkbox"/> OASAS অনুমোদিত প্রদানকারী	

**নির্দেশাবলী**

- এই ফর্মটির সম্পূর্ণ করা একটি প্রতিলিপি সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিকে দিন; এবং
- এই ফর্মটির সম্পূর্ণ করা একটি প্রতিলিপি সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিকে কেসের নথির সঙ্গে যুক্ত করুন

আমি, নিচে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি, এতদ্বারা উপরিউক্ত **প্রেরক** ও নিম্নোক্ত সংস্থার মধ্যে ও সংশ্লিষ্ট সকলের মধ্যে আদানপ্রদানের ব্যাপারে **সন্মতিজ্ঞাপন** ও অনুমতি প্রদান করছি:

- আমার OASAS অনুমোদিত প্রদানকারী: \_\_\_\_\_  
(হয় প্রদানকারীর নাম লিখুন নতুবা তা প্রযোজ্য না হলে প্রযোজ্য নয় বা N/A লিখুন)
- আমার অসংলগ্ন গাড়ি চালকের কার্যক্রম (IDP): \_\_\_\_\_  
(হয় কার্যক্রমটির নাম লিখুন নতুবা তা প্রযোজ্য না হলে প্রযোজ্য নয় বা N/A লিখুন)
- নিউ ইয়র্ক রাজ্যের মদ্যপান ও মাদকাসক্তি সংক্রান্ত পরিষেবা বিষয়ক দপ্তর বা নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অব অ্যালকোহলিজম অ্যান্ড সাবস্ট্যান্স অ্যাভিউজ সার্ভিসেস (OASAS), নিউ ইয়র্ক রাজ্যের মোটোরযান বিষয়ক দপ্তর বা NYS ডিপার্টমেন্ট অব মোটোর ভেহিকেলস (DMV), নিউ ইয়র্ক রাজ্যের বিচারালয় প্রশাসন বিষয়ক দপ্তর বা NYS অফিস অব কোর্ট অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (OCA) এবং নিউ ইয়র্ক রাজ্যের ফৌজদারি বিচার পরিষেবা বিষয়ক বিভাগ বা NYS ডিভিশন অব ক্রিমিনাল জাস্টিস সার্ভিসেস (DCJS) (DCJS শুধুমাত্র গবেষণার উদ্দেশ্যে ব্যক্তি-পরিচিতিরোহিত তথ্য গ্রহণ করবে);

আমার বর্তমান এবং/অথবা অতীতের কোন অসংলগ্নভাবে গাড়ি চালানোর অপরাধের ব্যাপারে **তথ্য প্রকাশ** করার জন্য, যার মধ্যে অসংলগ্নভাবে গাড়ি চালিয়ে ও যানচলাচল বিষয়ক অন্যান্য আইনের উল্লঙ্ঘন করে দোষী সাব্যস্ত হওয়ার বিষয়গুলি, যা আমার গাড়ি চালকের নথিতে উদ্ধৃত থাকবে এবং নিম্নোক্ত উপাদানসমূহও অন্তর্ভুক্ত থাকবে:

- মোটোরচালক:** DMV গ্রাহকের ID, বর্তমান পদবীর প্রথম দুটি অক্ষর এবং জন্মের সময়কার পদবী, লিঙ্গ, জন্মের তারিখ এবং আমার SSN-এর শেষ চারটি সংখ্যা।
- উল্লঙ্ঘন:** উল্লঙ্ঘনের তারিখ, আদালতের নাম, উল্লঙ্ঘন, বর্তমান পদবীর প্রথম দুটি অক্ষর, BAC স্তর, রাসায়নিক পরীক্ষা দিতে অস্বীকার করার প্রমাণ, যদি তেমন কিছু থাকে, এবং রাজ্যের বাইরের লাইসেন্স সংক্রান্ত প্রমাণ, যদি থাকে।
- পরীক্ষা:** প্রদানকারী/কার্যক্রমের নাম, পরীক্ষার তারিখ, মূল্যায়নের জন্য প্রেরণ সংক্রান্ত প্রমাণ, যদি থাকে এবং পরীক্ষার জন্য ব্যবহৃত সরঞ্জামের প্রমাণ।
- মূল্যায়ন:** প্রেরণের উৎস, প্রদানকারী/কার্যক্রমের নাম, মূল্যায়ন শুরুর ও শেষের তারিখগুলি এবং মূল্যায়নের অবস্থা।
- চিকিৎসা:** প্রদানকারী/কার্যক্রমের নাম, ভর্তির তারিখ, ছুটি পাবার তারিখ, মোট পর্বের সংখ্যা ও ছেড়ে দেবার অবস্থা।
- IDP:** কার্যক্রমের নাম, শুরুর ও অবস্থার তারিখগুলি, মূল্যায়নের জন্য প্রেরণের প্রমাণ, যদি থাকে, এবং IDP-তে নথিভুক্তির অবস্থা।

এই ধরনের প্রকাশ শুধুমাত্র প্রদানকারী ও কার্যক্রমসমূহের উপাত্ত সংগ্রহ করা, নজরদারি চালানো এবং পর্যবেক্ষণ কার্যকলাপগুলি চালানোর উদ্দেশ্যে উপরে উল্লিখিত সত্যসমূহকে নির্দিষ্ট উপাত্ত উপাদানগুলি বিনিময়ে সক্ষম করে তোলার **উদ্দেশ্যে** করা হয়। প্রতিটি সত্যকে যে নির্দিষ্ট উপাত্ত প্রকাশ করা হবে তা উক্ত সত্যের নিউ ইয়র্ক রাজ্যের যানবাহন ও যানচলাচল বিষয়ক আইন বা NYS ভেহিকেল অ্যান্ড ট্রাফিক ল (VTL)-এর অন্তর্ভুক্ত হয়ে অসংলগ্নভাবে গাড়ি চালানোর সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত দাপ্তরিক কাজ চালানোর জন্য ন্যূনতম যতটা প্রয়োজন হবে ততটা দেওয়া হবে।

আমি, নিচে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি, উপরিউক্ত বিষয়টি পড়েছি এবং প্রকাশকারী সত্যের কর্মীদের এখানে নির্দিষ্ট করে দেওয়া তথ্যসমূহ প্রকাশের, সংগ্রহের এবং বিনিময়ের জন্য অনুমতি প্রদান করছি। আমি এ-ও বুঝি যে, যদি না অন্যকিছু নির্দিষ্ট করে দেওয়া থাকে, এই সন্মতি সংশ্লিষ্ট উপাত্তসমূহ OASAS, OCA, DCJS এবং DMV-এর গবেষণা ও উৎকর্ষতা নিশ্চিতকরণ সংক্রান্ত উদ্যোগগুলিতে সহায়তার জন্য ব্যবহারের অধিকার প্রদান করবে এবং সেই উদ্দেশ্যে তা বলবৎ থেকে যাবে এবং তা আমি দশ (10) বছর সময়কালের জন্য প্রত্যাহার করতে পারব না, যা NYS VTL §201(1)(i) এবং NYS VTL §1192-এর অপরাধের মাত্রা নির্ণয়ের DWI ধারা মোতাবেক সঙ্গতিপূর্ণ।

আমি বুঝি যে, DMV দ্বারা আমার ব্যক্তিগত উপাত্তসমূহ প্রকাশের বিষয়টি কেন্দ্রীয় সরকারের গাড়ি চালকের গোপনীয়তা রক্ষা বিষয়ক আইন বা ফেডেরাল ডাইভার্স প্রাইভেসি প্রোটেকশন অ্যাক্ট, 18 USC §2721 দ্বারা নিয়ন্ত্রিত এবং নিচে করা আমার স্বাক্ষরের মাধ্যমে DMV-কে উপরে উল্লিখিত সত্যসমূহের কাছে আমার ব্যক্তিগত তথ্যাবলী প্রকাশের সন্মতি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

আমি এ-ও বুঝি যে, আমাকে চিহ্নিত করতে পারে এমন কোন তথ্য প্রকাশের বিষয়টি কোড অব ফেডেরাল রেগুলেশন 42 CFR ভাগ 2-এর টাইটেল 42 দ্বারা শর্তাবদ্ধ; যা মদ্য ও মাদকাসক্ত রোগীদের নথিসমূহের গোপনীয়তা নিয়ন্ত্রণের কাজে ও সেই সঙ্গে স্বাস্থ্যবিমার বহনযোগ্যতা তথা দায়বদ্ধতা আইন বা হেল্থ ইন্স্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট অব 1996 (HIPAA) 45 CFR Pts 160 ও 164-কে নিয়ন্ত্রিত করে; এবং এ-ও বুঝি যে, উপরে মনোনীত পক্ষসমূহ ব্যতিরেকে অন্য কোন অতিরিক্ত পক্ষের কাছে এইসব তথ্যের পুনঃপ্রকাশ আমার আগাম লিখিত অনুমতি ছাড়া অবৈধ কাজ।

**দ্রষ্টব্য:** এই ফর্ম মারফৎ প্রকাশিত যে কোন তথ্যের সঙ্গে **রাসায়নিক পদার্থ নির্ভর চিকিৎসাধীন রোগী সম্পর্কিত তথ্যাবলী পুনঃপ্রকাশের উপর নিষেধাজ্ঞা বা প্রিহিভিশন অন ইনফর্মেশন কনসার্নিং কেমিক্যাল ডিপেন্ডেন্স পেশেন্ট (TRS-1)** ফর্মটি **অবশ্যই** থাকতে হবে।



আমি বৃষ্টি যে, সাধারণত এই কার্যক্রম আমি কোন ফর্মে স্বাক্ষর করলাম কিনা তার উপর কোন শর্ত আরোপ করে না, কিন্তু নির্দিষ্ট সীমিত সংখ্যক কিছু পরিস্থিতিতে আমার চিকিৎসা প্রত্যাহার করা হতে পারে এবং/অথবা অসংলগ্ন গাড়ি চালকের অধীনে চিকিৎসা পাওয়ার অযোগ্য বলে বিবেচনা করা হতে পারে, যদি না আমি একটি সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর করি। আমি এই ফর্মটির একটি প্রতিলিপি পেয়েছি, যা নিচে করা স্বাক্ষর দ্বারা স্বীকৃত।

ব্যক্তির নাম লিখুন	ব্যক্তির স্বাক্ষর
স্বাক্ষরের তারিখ	ব্যক্তির বাবা-মা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর (যদি প্রযোজ্য হয় )