

نیو یارک اسٹیٹ  
آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹ

متعلقہ الکحلزم/ منشیات کے غلط استعمال والے مریض کی  
معلومات کے اجراء کے لیے منظوری

مریض کا آخری نام	پہلا	.M.I
کیس نمبر		
فیسلیٹی	یونٹ	

**ہدایات:**

مریض کو اس فارم کی ایک کاپی دیں! مریض کے کیس ریکارڈ کے لیے ایک (1) کاپی تیار کریں۔ اگر اس فارم کو معلومات کی درخواست کے ساتھ کسی دوسری ایجنسی کو بھیجا جاتا ہے، تو مریض کے کیس ریکارڈ کے لیے ایک اضافی کاپی تیار کریں۔

**ذاتی شناختی معلومات کے افشاء اور اسے حاصل کرنے کے لیے مریض کی منظوری**

**افشاء اور حاصل کی جانے والی معلومات کی نوعیت کی حد**

بدسلوکی یا لاپرواہی کے کسی بھی مبینہ واقعے (واقعات) کی تحقیقات کرنے کے لیے ضروری تمام معلومات، یا دیگر اہم واقعات، جن میں میرا نام آ سکتا ہے یا بصورت دیگر مجھ سے متعلق ہے۔

**ذاتی شناختی معلومات کے افشاء اور اسے حاصل کرنے والی تنظیموں کے نام اور افشاء/ اجراء کا مقصد یا اس کی نوعیت.**

- 1) میں، نیویارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس (OASAS)، آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز (OCFS) بشمول اس کے بیورو آف اسپیشل ہیئرنگز، اور NYS مخصوص ضروریات والے لوگوں کے تحفظ کے لیے جسٹس سینٹر (JC) بشمول اس کے مصیبت زدہ افراد سے متعلق سنٹرل رجسٹر (VPCR) کو، یا اس کے درمیان، بدسلوکی یا لاپرواہی کے کسی مبینہ واقعے (واقعات)، یا دیگر اہم واقعات، جن میں میرا نام آ سکتا ہے یا بصورت دیگر مجھ سے متعلق ہے، کی تحقیقات یا تعین کرنے کے مقصد سے خفیہ معلومات کے افشاء کی اجازت دیتا ہوں۔
- 2) میں نابالغ ہوں (18 سال سے کم عمر)، میں اس پروگرام، نیویارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس (OASAS)، آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز (OCFS) اور مصیبت زدہ افراد کے تحفظ کے لیے جسٹس سینٹر (JC) کو اپنے والدین یا قانونی سرپرست کو بدسلوکی یا لاپرواہی کے کسی مبینہ واقعے (واقعات)، یا دیگر اہم واقعات، جن میں میرا نام آ سکتا ہے، یا بصورت دیگر مجھ سے متعلق ہے، کی اطلاع دینے کی اضافی اجازت دیتا ہوں۔

میں، زبردستی نے، مذکورہ بالا کو پڑھ لیا ہے اور افشاء کرنے والی نامزد فیسلیٹی کے عملہ کو اس طرح کی معلومات، جیسا کہ اس میں وضاحت کی گئی ہے، کے افشاء کی اجازت دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اس منظوری کو میرے ذریعے کسی بھی وقت تحریری طور پر واپس لیا جا سکتا ہے سوائے اس حد کے کہ اس کے مطابق کارروائی کی جا چکی ہو۔ اس منظوری کی ميعاد اس پر دستخط کرنے کے اندر چھ (6) مہینے بعد ختم ہو جائے گی، الا یہ کہ ذیل میں دوسرے وقت کے وقفہ، ایونٹ یا صورتحال کا تعین کیا گیا ہو، جس صورت میں اس طرح کا وقت کا وقفہ، ایونٹ یا صورتحال لاگو ہوں گے۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ کسی بھی شناختی معلومات کا کوئی بھی افشاء کوڈ آف فیڈرل ریگولیشنز (C.F.R.) کے عنوان 42 کا پابند ہے حصہ 2 کے عنوان 42، الکحل اور منشیات کے غلط استعمال کرنے والے مریض کے ریکارڈ کی رازداری کی نگرانی کرنے، ساتھ ہی 1996 کے ہیلتھ انشورنس انتقال پذیری و احتساب ایکٹ (HIPAA) 45 C.F.R. §§160 & 164 کا پابند ہے؛ اور یہ کہ مذکورہ بالا معلومات کے علاوہ کسی اور فریق کو اس اضافی معلومات کا دوبارہ افشاء کرنا میری جانب سے اضافی تحریری اجازت کے بغیر ممنوع ہے۔

وقت کی مدت، واقعہ یا صورتحال میں توسیع کی مدت کی وضاحت اوپر کی گئی ہے: 2012 کے قوانین کے باب 501 اور NY سوشل سروسز قانون آرٹیکل 6، عنوان 6 کے تحت کارروائی کے تعین کے مطابق، بدسلوکی یا لاپرواہی کے الزام، یا دیگر اہم واقعے کے بارے میں جسٹس سینٹر کی تحقیقات کی تکمیل۔

**نوٹ:** اس فارم کے ذریعہ جاری کردہ کوئی بھی معلومات لازمی طور پر فارم الکحلزم/ منشیات کے بیجا استعمال کے مریض والے افراد سے متعلق معلومات کے دوبارہ افشاء پر پابندی (TRS-1) کے ساتھ ہونی چاہیئے۔

میں سمجھتا ہوں کہ عام طور پر پروگرام میرے علاج کی شرط نہیں رکھ سکتا ہے کہ آیا مجھے فارم پر دستخط کرنا ہے، لیکن کچھ مخصوص محدود حالات میں اگر میں فارم پر دستخط نہیں کرتا ہوں تو مجھے علاج سے منع کیا جا سکتا ہے۔ ذیل میں میرے دستخط کی شناخت کرنے کے بعد، مجھے اس فارم کی ایک کاپی حاصل ہونی ہے۔

(والدین/سرپرست کے دستخط)

(مریض کے دستخط)

([والدین/سرپرست کا نام جلی [حروف میں])

(مریض کا نام جلی حروف میں)

(تاریخ)

(تاریخ)