

NEW YORK STATE  
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

مستقل امدادی رہائش کے لیے کیمیائی انحصاریت کے علاج کے سلسلے میں معلومات کے  
اجراء کے لیے منظوری

درخواست دہندہ کا آخری نام، پہلا نام، درمیانی نام:

ہاؤسنگ فراہم کنندہ کے عمل کے رکن کا نام:

ہاؤسنگ فراہم کنندہ کا نام اور پتہ:

درخواست دہندہ کا Medicaid شناختی نمبر

1) درخواست دہندہ کو اس مکمل شدہ فارم کی ایک کاپی فراہم کریں؛

2) اس مکمل شدہ فارم کی ایک کاپی درخواست گزار کی فائل میں شامل کریں؛ اور

ہدایات:

1) میں، جس کا دستخط ذیل میں موجود ہے، درخواست دہندہ، مندرجہ بالا نامزد ہاؤسنگ فراہم کنندہ، نیو یارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس (Office of Addiction Services and Supports, OASAS)؛ نیو یارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت (Department of Health, DOH)؛ اور کولمبیا یونیورسٹی (CASA) میں نشہ آور اشیاء اور منشیات کے استعمال پر نیشنل سنٹر کے درمیان اور اس کے درمیان رابطے کی منظوری دیتا/دیتی ہوں اور اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

میں اپنی درج ذیل معلومات کے انکشاف کی منظوری دیتا/دیتی ہوں: پہلا نام، درمیانی نام کا پہلا حرف، آخری نام، خاندانی نام، Medicaid کا ID نمبر؛ تاریخ پیدائش؛ سوشل سیکیورٹی نمبر؛ پیدائشی صنف، صنف، معاون ہاؤسنگ شروع ہونے کی تاریخ، معاون ہاؤسنگ ختم ہونے کی تاریخ، اس رضامندی کی تاریخ اور NYS Medicaid سسٹم اور OASAS کلائنٹ ڈیٹا سسٹم سے متعلق معلومات۔

اس طرح کا انکشاف اوپر درج اداروں کو میرے علاج کے تقاضوں، سرگرمیوں، سرگزشت کے بارے میں مواصلت کرنے اور نگرانی کے مقاصد، کیس کے انتظام کے مقاصد، اور دیگر سرکاری فرائض کی انجام دہی کے لیے میرے علاج کا جائزہ لینے کے قابل بنانے کے مقصد کے لیے ہے۔

اور

2) میں مندرجہ بالا نامزد ہاؤسنگ فراہم کنندہ اور نیو یارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس (Office of Addiction Services and Supports, OASAS) کے درمیان اور ان کے درمیان رابطے کی مزید منظوری اور اجازت بھی دیتا/دیتی ہوں؛ اور OASAS کو Medicaid کے استعمال کے تجزیے اور پروگرام کی تشخیص کی سرگرمیوں کے مقصد کے لیے، کولمبیا یونیورسٹی (CASA) کے نیشنل سنٹر آن ایڈکشن اینڈ سیسٹمز ایبوز کو مندرجہ بالا حوالہ شدہ معلومات کو ظاہر کرے گا۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس ریلیز کے بعد انکشاف کردہ میرے ریکارڈز سے مرتب کردہ کسی بھی رپورٹس یا مطالعات میں ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات شامل نہیں ہوں گی جو خفیہ رہیں گی اور مزید دوبارہ انکشاف سے محفوظ رہیں گی۔

میں نے، جس کا دستخط ذیل میں موجود ہے، مذکورہ بالا بیان کو پڑھ لیا ہے اور مندرجہ بالا نام ظاہر کرنے والی ہستی کے عمل کو اس طرح کی معلومات کو ظاہر کرنے، حاصل کرنے اور شیئر کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں جیسا کہ یہاں بیان کیا گیا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ، جب تک کہ بصورت دیگر اس بات کی وضاحت نہ کر دی گئی ہو، یہ منظوری میرے اس رضامندی پر دستخط کرنے یا اپنے معاون ہاؤسنگ یونٹ کو چھوڑنے کے بعد، جو بھی زیادہ ہو، اس وقت تک نافذ رہے گی، جب تک کہ اس رضامندی کو میرے ذریعے منسوخ نہ کر دیا جائے۔

میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ کسی بھی شناختی معلومات کا انکشاف کوڈ آف فیڈرل ریگولیشنز CFR 42 پارٹ 2 کے ٹائٹل 42 کا پابند ہے، جو شراب اور منشیات کے غلط استعمال کے مریض کے ریکارڈ کی رازداری کو کنٹرول کرتا ہے، نیز 1996 کی ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اور احتساب ایکٹ 164 & 160 C.F.R. Pts 45 (HIPAA) کو کنٹرول کرتا ہے؛ اور یہ کہ مذکورہ بالا کے علاوہ کسی اور فریق کو ایسی معلومات کا دوبارہ افشاء کرنا میری طرف سے اضافی تحریری اجازت کے بغیر منع ہے۔

نوٹ: اس فارم کے ذریعے جاری کردہ کسی بھی معلومات کے ساتھ کیمیکل ڈیپنڈنس ٹریٹمنٹ پیشنٹ (TRS-1) سے متعلق معلومات کے دوبارہ انکشاف پر پابندی فارم کے ساتھ ضرور ہونی چاہیے۔

میں سمجھتا/سمجھتی 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/کرتی 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۔

(درخواست دہندہ کا دستخط)

(درخواست دہندہ کا نام جلی حروف میں)

(تاریخ)