



NYS Office of Addiction Services and Supports
طرز عمل سے متعلق صحت کی معلومات جاری کرنے کی اجازت

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا مجاز نمائندہ اس بات کی درخواست کرتا ہے کہ میری نگہداشت اور علاج سے متعلق صحت کی معلومات جاری کی جائے اور اس کا تبادلہ کیا جائے جیسا کہ اس فارم میں بیان کیا گیا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:

1. اس اجازت نامہ میں میری صحت کی تمام معلومات کا انکشاف شامل ہو سکتا ہے، بشمول جہاں قابل اطلاق ہو، میرا وفاقی سوشل سیکیورٹی نمبر (صرف ریکارڈ کو مماثل کرنے کے مقاصد کے لیے)، شراب اور منشیات کے علاج سے متعلق کوئی بھی اور تمام معلومات اور HIV/AIDS سے متعلق معلومات۔ اس صورت میں کہ ذیل میں بیان کردہ صحت کی معلومات میں اس قسم کی معلومات میں سے کوئی بھی شامل ہو، میں خاص طور پر نیو یارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس (Office of Addiction Services and Supports,) (OASAS) کو ایسی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

_____ اگر آپ اس لائن کو شروع کرتے/کرتی ہیں، تو HIV/AIDS سے متعلق معلومات OASAS کو بھی جاری کی جا سکتی ہیں۔ آپ کو اس لائن کو شروع کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔
_____ اگر آپ اس لائن کو شروع کرتے ہیں، تو آپ کا سوشل سیکیورٹی نمبر OASAS کو بھی جاری کیا جا سکتا ہے۔ آپ کو اس لائن کو شروع کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

2. کچھ استثنیٰ کے ساتھ، صحت کی معلومات کا ایک بار انکشاف کرنے کے بعد وصول کرنے والے ادارے کے ذریعے دوبارہ اس کا انکشاف کیا جا سکتا ہے۔ اگر میں اپنے وفاقی سوشل سیکیورٹی نمبر، HIV/AIDS سے متعلق، شراب یا منشیات کے علاج کے اجازت دے رہا/رہی ہوں، تو وصول کرنے والے ادارے کو اس طرح کی معلومات کا دوبارہ افشاء کرنے یا انکشاف کردہ معلومات کو اس اجازت کے بغیر ظاہر کردہ مقصد کے علاوہ کسی اور مقصد کے لیے میری مزید اجازت استعمال کرنے سے منع کیا گیا ہے الا یہ کہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے اجراء یا افشاء کی وجہ سے امتیازی سلوک کا سامنا ہوتا ہے تو میں نیو نیو New York Division of Human Rights سے 1-888-392-3644 پر رابطہ کر سکتا ہوں۔ ایجنسی میرے حقوق کا تحفظ کرنے کی ذمہ دار ہے۔

3. آئٹم 5 میں ذیل میں مندرج فراہم کنندہ کو خط لکھ کر کسی بھی وقت یہ اجازت نامہ منسوخ کرنے کا اختیار ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دے سکتا/سکتی ہوں سوائے اس حد کے کہ اس اجازت نامہ کی بنیاد پر پہلے کارروائی ہو چکی ہو۔

4. اس اجازت نامہ پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ عام طور پر میرا علاج، ادائیگی، منصوبہ صحت میں اندراج، یا فوائد کے لیے اہلیت اس افشاء کے لیے میرے اجازت نامے کے ساتھ مشروط نہیں ہوگی۔ تاہم، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں اس منظوری پر دستخط نہیں کرتا ہوں تو بعض حالات میں مجھے علاج سے منع کیا جا سکتا ہے۔

5. اس معلومات کو جاری کرنے اور اس کا تبادلہ کرنے والے فراہم کنندہ یا ہستی کا نام اور پتہ:
6. ان اداروں کا نام اور پتہ جن کے ساتھ اس معلومات کا انکشاف اور تبادلہ کیا جائے گا: NYS Office of Addiction Services and Supports, 1450 Western Avenue, Albany, New York 12203 میں مندرجہ بالا درج شدہ ادارے کو نیو یارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس (OASAS) کو اس علاج کے پروگرام میں میرے اندراج کے بارے میں مطلع کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں تاکہ مجھے موصول ہونے والی خدمات کے معیار کا جائزہ لیا جا سکے، میں اس سہولت اور OASAS کے درمیان تمام ضروری مواصلتوں کے لیے بھی رضامندی دیتا/دیتی ہوں جو میری سابقہ شراب اور/یا منشیات کے استعمال کے علاج کی سرگزشت سے متعلق ہے؛ میں موجودہ اور مجوزہ علاج کی خدمات کے لیے بھی رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔
7. اس انکشاف کا مقصد نیو یارک کے Medicaid کے دوبارہ ڈیزائن کے اقدام کے نفاذ اور وفاقی رپورٹنگ کے لازمی تقاضوں کی تعمیل کرنا ہے۔ NYS OASAS کلانٹ ڈیٹا سسٹم میں اس رضامندی میں شامل معلومات کو قبول کرتے ہوئے، NYS OASAS اس بات کو تسلیم کرتا ہے کہ 42 CFR 2.32 کے مطابق اس معلومات کا دوبارہ انکشاف نہیں کیا جا سکتا ہے۔ دوبارہ انکشاف پر پابندی عائد ہے۔
8. میری صحت کی معلومات کا انکشاف سروس کی آخری تاریخ سے تین (3) سال کی مدت کے لیے، یا منسوخ ہونے تک کیا جا سکتا ہے۔
9. اگر مریض نہ ہو تو، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:
10. مریض کی جانب سے دستخط کرنے کا اختیار:

اس فارم پر درج سبھی آئٹمز مکمل کر لیے گئے ہیں، اس فارم کے بارے میں میرے سوالوں کا جواب دے دیا گیا ہے اور مجھے اس فارم کی ایک کاپی فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعہ مجاز نمائندے کا دستخط

گواہ کا بیان/دستخط: میں نے اس اجازت نامے کی تکمیل کو دیکھا ہے اور میں بیان کرتا ہوں کہ دستخط کردہ اجازت نامہ کی ایک کاپی مریض اور/یا مریض کے مجاز نمائندے کو فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ

دستخط

عملہ کے رکن کا نام اور عہدہ

اس فارم کے توسط سے جاری کردہ شراب/منشیات کے علاج سے متعلق معلومات اور رازدارانہ HIV سے متعلق معلومات کے ہمراہ دوبارہ انکشاف کی ممانعت کے سلسلے میں مطلوبہ بیانات ہونا ضروری ہے۔