

NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

شراب نوشی/ منشیات کے بیجا استعمال کے مریض سے متعلق معلومات
کے اجراء کے لیے رضامندی
LOCADTR اسسمنٹ

منسوخ کردہ: _____ عملہ کے نام کے ابتدائی حروف: _____

مریض کا آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام
کیس نمبر		
فیسلیٹی	پورٹ	

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 جانا 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

انکشاف اور حاصل کی جانے والی معلومات کی نوعیت کی حد:

الکل اینڈ ڈرگ ٹریٹمنٹ ریفرل "LOCADTR" کی تشخیص کے لیے ذاتی نوعیت کی نگہداشت کی سطح کو مکمل کرنے کے لیے ضروری تمام معلومات۔

ذاتی شناختی معلومات کے انکشاف اور اسے حاصل کرنے والی تنظیموں کے نام اور انکشاف/ اجراء کا مقصد یا اس کی نوعیت:

میں، اور اس کے درمیان، نیو یارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس (Office of Addiction Services and Supports, OASAS)، اوپر نشاندہی کردہ OASAS سے تصدیق شدہ علاج کی فیسلیٹی، اور ادا کنندہ/Managed Care Plan (منیجڈ کیئر پلان) کو اور ان کے درمیان خفیہ معلومات، بشمول میرے طبی علاج کے OASAS کلینٹ ڈیٹا سسٹم (CDS) اور میرے سوشل سیکیورٹی نمبر سے معلومات کے انکشاف کی منظوری دینا/دیتی ہوں۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ نگہداشت کے تعین کی تشخیص کی سطح کا اشتراک صرف میرے ساتھ، OASAS علاج کی فیسلیٹی، اور ادائیگی کنندہ / اوپر نشاندہی کردہ پلان کے ساتھ کیا جائے گا۔ الا یہ کہ میں نے دیگر ایجنسیوں، پروگراموں یا ادائیگی کنندگان کے ساتھ معلومات کا اشتراک کرنے کی تحریری اجازت دے دی ہو۔

میں مزید سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ غیر ذاتی شناخت کرنے والی معلومات کا جائزہ لیا جا سکتا ہے تاکہ LOCADTR اسسمنٹ ٹول کی تاثیر کا اندازہ لگایا جا سکے۔

میں نے، جس کا دستخط ذیل میں موجود ہے، مندرجہ بالا کو پڑھ لیا ہے اور نیو یارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس اور OASAS سے تصدیق شدہ علاج کی فیسلیٹی کے عملہ کو اس طرح کی معلومات کا انکشاف کرنے اور حاصل کرنے کی اجازت دینا/دیتی ہوں جیسا کہ یہاں بیان کیا گیا ہے۔

میں سمجھتا/سمجھتی 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 کر دی گئی 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/سمجھتی 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، شراب اور منشیات کے غلط استعمال کرنے والے مریض کے ریکارڈ کی رازداری کی نگرانی کرنے، ساتھ ہی 1996 کے ہیلتھ انشورنس انتقال پذیرگی 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 انکشاف کرنا میری جانب سے اضافی تحریری اجازت کے بغیر ممنوع ہے۔

نوٹ: اس فارم کے ذریعہ جاری کردہ کوئی بھی معلومات لازمی طور پر فارم الکحلزم/ منشیات کے بیجا استعمال کے مرض والے افراد سے متعلق معلومات کے دوبارہ انکشاف پر پابندی (TRS-1) کے ساتھ 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۔ مجھے اس فارم کی ایک کاپی مل گئی ہے۔

(والدین/سرپرست کا دستخط)

(مریض کا دستخط)

(جلی حروف میں والد/والدہ/سرپرست کا نام)

(جلی حروف میں مریض کا نام)

(تاریخ)

(تاریخ)