



**NYS আসক্তি সংক্রান্ত পরিষেবা এবং সহায়তাসমূহের অফিস  
আচরণগত স্বাস্থ্যের তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমোদন**

রোগীর নাম	জন্মের তারিখ	রোগীর শনাক্তকারী নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি অনুরোধ করছি যে আমার পরিচর্যা এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য এই ফর্মে বর্ণিত হিসাবে প্রকাশ এবং বিনিময় করা যেতে পারে। আমি বুঝতে পারি যে:

- এই অনুমোদনের মধ্যে আমার সমস্ত স্বাস্থ্য তথ্যের প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, যেখানে প্রযোজ্য, আমার ফেডারেল সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (কেবলমাত্র রেকর্ড মেলানোর উদ্দেশ্যে), অ্যালকোহল এবং মাদক ব্যবহার সংক্রান্ত চিকিৎসা এবং HIV/AIDS-সম্পর্কিত যেকোনো এবং সকল তথ্য। যদি নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যের মধ্যে এই ধরনের যেকোন তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, তাহলে আমি বিশেষভাবে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আসক্তি সংক্রান্ত পরিষেবা এবং সহায়তাসমূহের অফিস (New York State Office of Addiction Services and Supports, OASAS)-কে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিচ্ছি।

\_\_\_\_\_ আপনি যদি এই লাইনটিতে আপনার নামের আদ্যক্ষর লেখেন, তাহলে HIV/AIDS সম্পর্কিত তথ্যও OASAS-এ প্রকাশ করা যেতে পারে। আপনাকে এই লাইনটিতে নামের আদ্যক্ষর লিখতে হবে না।

\_\_\_\_\_ আপনি যদি এই লাইনটিতে আপনার নামের আদ্যক্ষর লেখেন, তাহলে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরও OASAS-এ প্রকাশ করা যেতে পারে। আপনাকে এই লাইনটিতে নামের আদ্যক্ষর লিখতে হবে না।

- কিছু ব্যতিক্রম সহ, একবার প্রকাশ করা স্বাস্থ্য তথ্য প্রাপক সংস্থা পুনরায় প্রকাশ করতে পারে। আমি যদি আমার ফেডারেল সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর, HIV/AIDS-সম্পর্কিত, অ্যালকোহল বা মাদক ব্যবহার সংক্রান্ত চিকিৎসার তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিই, তাহলে এই অনুমোদনের দ্বারা নির্দেশিত উদ্দেশ্য ছাড়া অতিরিক্ত অনুমতি ব্যতিরেকে অন্য কোনো উদ্দেশ্যে উক্ত তথ্য প্রকাশ করা বা তথ্য ব্যবহার করা থেকে গ্রহীতা সংস্থাটি নিষিদ্ধ যদি না ফেডারেল অথবা স্টেট আইনের অধীনে তা অনুমোদিত থাকে। যদি আমি HIV/AIDS-সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ বা উন্মোচনের কারণে বৈষম্যের শিকার হই, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট মানবাধিকার বিভাগের (New York State Division of Human Rights) সাথে 1-888-392-3644 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারি। এই এজেন্সিটি আমার অধিকার রক্ষা করার জন্য দায়ী।
- আইটেম 5-এ নিচে তালিকাভুক্ত প্রদানকারীর কাছে বার্তা পাঠানোর মাধ্যমে যেকোনো সময়ে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝি যে এই অনুমোদনের উপর ভিত্তি করে ইতোমধ্যেই যে পদক্ষেপ নেওয়া হয়েছে তার ব্যতিরেকে আমি যে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারি।
- এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা স্বেচ্ছামূলক। আমি বুঝি যে সাধারণত আমার চিকিৎসা, অর্থপ্রদান, কোনও স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় তালিকাভুক্তি, বা সুবিধাগুলির জন্য যোগ্যতা এই প্রকাশের প্রতি আমার অনুমোদনের উপর শর্তাধীন হবে না। যদিও, আমি বুঝি যে আমি এই সম্মতিতে স্বাক্ষর না করলে কিছু পরিস্থিতিতে আমাকে চিকিৎসা থেকে বঞ্চিত করা হতে পারে।

5. প্রদানকারী বা এই তথ্য প্রকাশ এবং বিনিময়কারী সংস্থার নাম এবং ঠিকানা:	
6. সেই সংস্থাগুলির নাম এবং ঠিকানা যাদের কাছে এই তথ্য প্রকাশ করা হবে এবং বিনিময় করা হবে: NYS Office of Addiction Services and Supports, 1450 Western Avenue, Albany, New York 12203 আমি এই চিকিৎসামূলক কর্মসূচীতে আমার তালিকাভুক্তির বিষয়ে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আসক্তি সংক্রান্ত পরিষেবা এবং সহায়তাসমূহের অফিসকে (OASAS) অবহিত করার জন্য উপরে তালিকাভুক্ত সংস্থাকে অনুমোদিত করি যাতে আমি যে পরিষেবাগুলি পাই তার গুণমান মূল্যায়ন করা যায়, আমি এছাড়াও বর্তমান এবং প্রস্তাবিত চিকিৎসামূলক পরিষেবাগুলি সহ আমার অতীতের অ্যালকোহল এবং/অথবা মাদক অপব্যবহারের চিকিৎসার ইতিহাসের সাথে সম্পর্কিত এই ফ্যাসিলিটি এবং OASAS-এর মধ্যে সমস্ত প্রয়োজনীয় যোগাযোগের জন্য সম্মতি দিচ্ছি।	
7. এই তথ্য উন্মোচনের উদ্দেশ্য হল নিউ ইয়র্কের Medicaid কে পুনরায় ডিজাইন করার উদ্যোগের বাস্তবায়ন এবং বাধ্যতামূলক ফেডারেল রিপোর্টিংয়ের প্রয়োজনীয়তা মেনে চলা। NYS OASAS-এর ক্লায়েন্ট ডেটা সিস্টেমে এই সম্মতি প্রদানের দ্বারা কভার করা তথ্য গ্রহণ করার মাধ্যমে, NYS OASAS স্বীকার করে যে এই তথ্য 42 CFR 2.32 - পুনঃপ্রকাশের উপর নিষেধাজ্ঞা অনুযায়ী পুনরায় প্রকাশ করা যাবে না।	
8. আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেষ পরিষেবা প্রাপ্তির তারিখ থেকে তিন (3) বছরের জন্য বা প্রত্যাহার না হওয়া পর্যন্ত প্রকাশ করা যেতে পারে।	
9. রোগীর না হলে, ফর্মে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম:	10. রোগীর পক্ষ থেকে স্বাক্ষর করার কর্তৃপক্ষ:

এই ফর্মের সমস্ত আইটেম সম্পূর্ণ হয়েছে, এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে ফর্মের একটি অনুলিপি প্রদান করা হয়েছে।

\_\_\_\_\_ রোগী বা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_ তারিখ

সাক্ষীর বিবৃতি/স্বাক্ষর: আমি এই অনুমোদনের বাস্তবায়ন প্রত্যক্ষ করেছি এবং জানাচ্ছি যে স্বাক্ষরিত অনুমোদনের একটি অনুলিপি রোগী এবং/অথবা রোগীর অনুমোদিত প্রতিনিধিকে প্রদান করা হয়েছিল।

\_\_\_\_\_ কর্মচারী ব্যক্তির নাম এবং পদবী

\_\_\_\_\_ স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_ তারিখ

এই ফর্মের মাধ্যমে প্রকাশিত অ্যালকোহল/ মাদক ব্যবহার সংক্রান্ত চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য বা গোপনীয় HIV-সম্পর্কিত তথ্যের সাথে পুনঃপ্রকাশের নিষেধাজ্ঞা সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় বিবৃতি থাকতে হবে।