

## FORMULARI I KËRKESËS PËR AKOMODIM TË ARSYESHËM (Albanian)

**UDHËZIME:** Klientët duhet të plotësojnë Seksionin I dhe t'ia dorëzojnë këtë formular, së bashku me dokumentacionin mbështetës, drejtorit të programit/qendrës ose funksionarit të barasvlershëm ("drejtori"). Staf i DHS-së dhe ofruesi i shërbimit duhet t'i ofrojnë ndihmë klientit për plotësimin e këtij formulari.

**Seksioni I: Ky seksion duhet të plotësohet nga klienti ose së bashku me klientin.**

Emri: \_\_\_\_\_

Qendra/Programi: \_\_\_\_\_

ID-ja/SSN-ja e klientit: \_\_\_\_\_ Numri i telefonit: \_\_\_\_\_

**Përshkruani akomodimin e kërkuar (bashkëngjisni dokumentacionin mbështetës).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Section II Instructions:** Any Director receiving a completed form with disability-related documentation must complete Section II, return a copy to the client, and immediately transmit by email or fax the request and supporting documents to the appropriate Program Administrator. Supporting documentation is not required if the disability is obvious/apparent or otherwise known to DHS.

**Section II: To be completed by the Facility Director or designee.**

Name/Title: \_\_\_\_\_

Facility/Program: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_

I discussed the HIPAA form with the client and the client consented to complete a HIPAA form.

I discussed the HIPAA form with the client and the client declined to complete a HIPAA form.

Signature: \_\_\_\_\_

**After completing, provide a copy of this form to the client.**

**(Ktheni faqen)**

## AUTORIZIMI I HIPPA-SË PËR ZBULIMIN E INFORMACIONIT INDIVIDUAL SHËNDETËSOR

Emri i klientit \_\_\_\_\_

Datëlindja \_\_\_\_\_ Numri i ID-së së çështjes \_\_\_\_\_

4 shifrat e fundit të numrit të sigurimit shoqëror: \_\_\_\_\_

Unë, ose përfaqësuesi im i autorizuar, kërkoj që informacioni shëndetësor lidhur me kujdesin dhe trajtimin tim mjekësor të zbulohet sipas përshkrimit të mëposhtëm. Ligji dhe rregulloret federale dhe shtetërore, duke përfshirë Aktin e Transportueshmërisë dhe të Përgjegjshmërisë së Sigurimeve Shëndetësore të vitit 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), mbrojnë privatësinë e informacioneve të mia të mbrojtura shëndetësore (quajtur bashkërisht "kartela mjekësore").

Para se të nënshkruaj, e kuptoj se:

1. Kartelat e mia mjekësore mund të përfshijnë informacione konfidenciale në lidhje me **ABUZIMIN ME ALKOOLIN** dhe **DROGËN, TRAJTIMIN PËR SHËNDETIN MENDOR** (përveç shënimeve të psikoterapisë), si dhe **INFORMACION NË<sup>1</sup> LIDHJE ME HIV-in**. Ky informacion do të jepet vetëm nëse unë nënshkruaj inicialet e mia në kutitë përkatëse të pikës 8(a).
2. Unë kam të drejtë të kërkoj një listë të personave që mund të marrin ose të përdorin pa pëlqimin tim informacionin në lidhje me HIV-in. Nëse pësoj diskriminim si pasojë të dhënies së informacionit në lidhje me HIV-in, mund të kontaktoj Sektorin për të Drejtat e Njeriut të Shtetit të Nju-Jorkut (New York State Division of Human Rights), në numrin **(888) 392-3644** ose Komisionin për të Drejtat e Njeriut të Qytetit të Nju-Jorkut, në numrin **(212) 416-0197**. Ata janë përgjegjës për mbrojtjen e të drejtave të mia.
3. Nënshkrimi i këtij formulari bëhet vullnetarisht. Nëse nuk nënshkruaj, trajtimi im, pagesat për ofruesit e trajtimit, regjistrimi në një plan shëndetësor dhe kualifikueshmëria për strehim nuk do të ndikohen. Por, nëse nuk e nënshkruaj këtë formular dhe nuk e dorëzoj dokumentacion së bashku me kërkesën për akomodim të arsyeshëm, kërkesa ime për akomodim të arsyeshëm mund të refuzohet, pasi Departamenti i Shërbimeve për Personat e Pastrehë i qytetit të Nju-Jorkut (Department of Homeless Services, DHS) nuk do të ketë dokumentacion ose informacion mbështetës për shqyrtim.
4. Mund të ndryshoj mendje në çdo kohë, përveçse për çdo informacion që është autorizuar tashmë. Për ta bërë këtë, duhet të informoj me shkrim drejtorin e strehimit ose të qendrës.
5. Informacioni im shëndetësor, i ndarë në bazë të këtij pëlqimi, mund të zbulohet përsëri nga DHS-ja. Privatësia e këtij informacioni mund të mos jetë më e mbrojtur nga ligji federal ose shtetëror.

**(Ktheni faqen)**

<sup>1</sup> Virusi i imunodeficiencës njerëzore shkakton SIDA. Ligji për Shëndetin Publik i Shtetit të Nju Jorkut ofron mbrojtje për informacionin që mund të identifikojë, në mënyrë të arsyeshme, një person si bartës të simptomave ose të infeksionit HIV, si dhe për informacionin që lidhet me kontaktet e këtij personi.

**LEJE PËR TË NDARË INFORMACIONIN SHËNDETËSOR**

6. Emri dhe adresa e ofruesit apo institucionit shëndetësor të cilit do t'i jepet ky informacion:

---

---

---

7. Ky ofruer i kujdesit shëndetësor do t'ia dërgojë këtë informacion: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

8(a). Informacioni që do të zbulohet: **Kartela mjekësore për të gjithë vitin para datës së nënshkrimit më poshtë. Përfshi (Trego duke shënuar):**

- Trajtimi për abuzimin me alkoolin dhe drogën       Informacion për shëndetin mendor  
 Informacion në lidhje me HIV-in

8(b). Duke vendosur inicialet këtu \_\_\_\_\_, unë lejoj \_\_\_\_\_  
(Inicialet) (Emri i ofruesit të kujdesit shëndetësor)  
që të diskutojë informacionin tim shëndetësor me **Departamentin e Shërbimeve Shoqërore të NYC-së.**

9. Arsyetja për zbulimin e informacionit: **Me kërkesë të pacientit vetëm për qëllimin e kërkesës për akomodim të arsyeshëm.**

10. Data e skadimit: **Një vit nga data e nënshkrimit**

Të gjitha seksionet në këtë formular janë plotësuar dhe pyetjet e mia rreth këtij formulari kanë marrë përgjigje. Më është dhënë një kopje e formularit.

\_\_\_\_\_  
Nënshkrimi i pacientit ose i përfaqësuesit të autorizuar me ligj

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nëse nuk është pacienti, emri i personit që ka nënshkruar formularin

\_\_\_\_\_  
Autoriteti që do të nënshkruajë në emër të pacientit

\_\_\_\_\_  
Numri më i përshtatshëm i telefonit për të më kontaktuar