

আবাসনের প্রতিবন্ধীদের জন্য বিশেষ ব্যবস্থা ফর্ম (Bengali)

নির্দেশনা: গ্রাহকদেরকে অবশ্যই বিভাগ। সম্পূর্ণ করতে হবে এবং প্রকল্প/সুবিধাকেন্দ্র নির্দেশক বা কার্যকরী সমতুল্য ("নির্দেশক") এর কাছে সহায়ক নথি সহ এই ফর্ম জমা দিতে হবে। এই ফর্মটি পূরণের অনুরোধের পরে এটি সম্পূর্ণভাবে পূরণের সাথে সাথে এই ফর্মটি পূরণের অনুরোধের পরে এটি সম্পূর্ণভাবে পূরণের সাথে সাথে DHS এবং সরবরাহকারী কর্মীদের অবশ্যই গ্রাহককে সহায়তা করার জন্য প্রস্তাব দিতে হবে।

বিভাগ I: এই বিভাগটি অবশ্যই গ্রাহককে সম্পূর্ণ করতে হবে।

সুবিধাকেন্দ্র/প্রকল্প: _____

গ্রাহক আইডি/এসএসএন _____ টেলিফোন _____

অনুরোধ করা বিশেষ ব্যবস্থার বর্ণনা দিন (অতিরিক্ত পাতা এবং সহায়ক নথি সংযুক্ত করুন)।

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.

(পৃষ্ঠা উল্টান)

কোনো ব্যক্তির স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের জন্য HIPAA অনুমোদন

ক্লায়েন্টের নাম	_____
জন্ম তারিখ	_____ কেস আইডি নম্বর: _____
সোশ্যাল সিকিউরিটির শেষ 4টি সংখ্যা	_____

আমি, অথবা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি অনুরোধ করছেন যে আমার পরিচর্যা এবং চিকিৎসা সম্পর্কিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য এই ফর্মে ঘোষিত রূপরেখা অনুসারে প্রকাশ করা হবে। 1996 এর হেল্থ ইন্সিওরেন্স পোর্টেবিলিটি এন্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (The Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) সহ ফেডারেল এবং রাষ্ট্র আইন ও বিধিমালা আমার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের (একসঙ্গে “স্বাস্থ্যের রেকর্ড”) গোপনীয়তা রক্ষা করে।

সই করার আগে, আমি বুঝেছি যে:

- আমার স্বাস্থ্যের রেকর্ডগুলিতে গোপনীয় মদ ও মাদকের অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা (সাইকোথেরাপির নোট বাদে), এবং HIV সম্পর্কিত¹ তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আমি আইটেম 8(a) এর উপযুক্ত বাক্সগুলিতে আমার নামের আদ্যাক্ষর দ্বারা স্বাক্ষর করলেই শুধুমাত্র এই তথ্যটি প্রকাশিত হবে।
- আমার সম্মতি ছাড়া যে লোকেরা আমার HIV-সম্পর্কিত তথ্য পেতে পারেন বা ব্যবহার করতে পারেন আপনি তাদের একটি তালিকার জন্য অনুরোধ করতে পারি। HIV সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার কারণে যদি আপনি বৈষম্যের শিকার হলে আমি নিউইয়র্ক স্টেটের মানবাধিকার বিভাগের (Division of Human Rights) সঙ্গে (888) 392-3644 নম্বরে বা নিউইয়র্ক স্টেটের মানবাধিকার কমিশনের (Commission on Human Rights) সঙ্গে (212) 416-0197 নম্বরে ফোন করে যোগাযোগ করতে পারি। তারা আমার অধিকার সুরক্ষার দায়িত্বে আছেন।
- এই ফর্মে স্বাক্ষর করা স্বৈচ্ছাধীন: আমি যদি এটায় স্বাক্ষর না করি, আমার চিকিৎসা, চিকিৎসা প্রদানকারীদের পেমেন্ট, হেলথ প্ল্যানের নথিভুক্তকরণ, এবং আশ্রয়ের যোগ্যতার ওপর কোনো প্রভাব পড়বে না। তবে, আমি যদি স্বাক্ষর না করি এবং আমার যুক্তিসঙ্গত আবাসন অনুরোধের সাথে নথিপত্র জমা না দিই, তবে আমার যুক্তিসঙ্গত আবাসন অনুরোধটি প্রত্যাখ্যান করা হতে পারে কারণ NYC গৃহহীন পরিষেবা বিভাগ (Department of Homeless Services, DHS)-এর পর্যালোচনা করার জন্য কোনও সহায়ক নথিপত্র বা তথ্য নেই।
- যে তথ্য ইতিমধ্যেই প্রকাশিত হয়েছে তা বাদ দিয়ে আমি যে কোনো সময় আমার মন পরিবর্তন করতে পারি। এটি করার জন্য, আমাকে লিখিতভাবে আমার আশ্রয়স্থল বা ফেসিলিটি ডাইরেক্টরকে অবশ্যই বলতে হবে।
- এই সম্মতিতে দেওয়া আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য DHS দ্বারা পুনরায় প্রকাশিত হতে পারে। এই তথ্যের গোপনীয়তা আর ফেডারেল বা স্টেটের আইনের দ্বারা সুরক্ষিত নাও থাকতে পারে।

(পৃষ্ঠা উল্টান)

¹ হিউম্যান ইমিউনো-ডেফিসিয়েন্সি ভাইরাসের কারণে AIDS হয়। নিউইয়র্ক স্টেটের জনস্বাস্থ্য আইন সেইসব তথ্যের সুরক্ষা করে যা যুক্তিসঙ্গতভাবে কোনো ব্যক্তির HIV-র উপসর্গ বা সংক্রমণ এবং ব্যক্তির যোগাযোগ সম্পর্কিত তথ্য শনাক্ত করতে পারে।

স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করার অনুমতি

6. এই তথ্য যে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বা সত্ত্বার কাছে প্রকাশ করা হবে তাদের নাম ও ঠিকানা:

7. এই স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এই তথ্য এখানে প্রেরণ করবেন: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007 I**

8(a). যে তথ্য প্রকাশ করা হবে: **নিচের স্বাক্ষরের তারিখের আগের চিকিৎসা সংক্রান্ত রেকর্ড। অন্তর্ভুক্ত করুন (আদ্যাক্ষর দিয়ে উল্লেখ করুন):**

অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য HIV সম্পর্কিত তথ্য

8(b). এখানে নামের আদ্যাক্ষরের মাধ্যমে _____, আমি অনুমতি দিই _____
(নামের আদ্যাক্ষর) (ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নাম)

NYC ডিপার্টমেন্ট অফ সোশ্যাল সার্ভিসেস-এর সঙ্গে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য আলোচনা করতে

9. তথ্য প্রকাশের কারণ: **কেবল যুক্তিসঙ্গত আবাসন অনুরোধের উদ্দেশ্যে রোগীর অনুরোধে।**

10. মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ: **স্বাক্ষরের তারিখের থেকে এক বছর**

এই ফর্মের সমস্ত আইটেম সম্পূর্ণ করা হয়েছে এবং এই ফর্ম সম্পর্কিত আমার প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে।
আমাকে এই ফর্মের একটি অনুলিপি দেওয়া হয়েছে।

রোগী বা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

যদি রোগী না হন, তাহলে ফর্মে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম

রোগীর হয়ে স্বাক্ষর করার অনুমতি:

আমার সঙ্গে যোগাযোগ করার জন্য সেরা নম্বরটি: