

**معقول سہولت کی درخواست کا فارم
(Urdu)**

ہدایات: کلانٹس کے لیے سیکشن I کو مکمل کرنا اور اس فارم کو تائیدی دستاویزات کے ساتھ پروگرام/فیسلیٹی ڈائریکٹر، یا اس کے ہم منصب ("ڈائریکٹر") کے پاس جمع کرنا ضروری ہے۔ درخواست کرنے پر DHS اور فراہم کنندہ عملے پر لازم ہے کہ اس فارم کو مکمل کرنے میں کلانٹ کو مدد کی پیشکش کریں۔

سیکشن I: (یہ سیکشن کلانٹ کو بذات خود یا کسی کی مدد سے مکمل کرنا ضروری ہے۔)

نام: _____

فیسلیٹی/پروگرام: _____

کلانٹ ID/SSN: _____ فون: _____

درخواست کردہ سہولت کو بیان کریں (کوئی بھی تائیدی دستاویز منسلک کریں)۔

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.

انفرادی معلومات صحت کے افشاء کے لیے HIPAA کا اجازت نامہ

_____	کلائنٹ کا نام
_____	تاریخ پیدائش
_____	کیس ID نمبر
_____	سوشل سیکورٹی نمبر کے آخری 4 ہندسے

میری، یا میرے مجاز نمائندے کی درخواست ہے کہ میری طبی نگہداشت اور علاج کے سلسلے میں صحت کی معلومات کو ذیل میں بیان کیا جائے۔ وفاقی اور ریاستی قانون و ضوابط، بشمول 1996 کی صحت بیمہ کی انتقال پذیری اور جوابدہی کی ایکٹ (The Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) تحفظ یافتہ صحت کی معلومات کی رازداری کی نگرانی کرتے ہیں (اجتماعی طور پر "صحت کے ریکارڈز")۔

دستخط کرنے سے پہلے، میں سمجھتا ہوں کہ:

1. میری صحت کے ریکارڈز میں الکحل اور منشیات کے بیجا استعمال، ذہنی صحت کے علاج سے متعلق رازداری، (فریوتھیریپی کے نوٹس کو چھوڑ کر)، اور HIV سے متعلق 1 معلومات شامل ہو سکتی ہے۔ یہ معلومات تبھی جاری کی جائے گی جب میں انٹیم (a)8 کے مناسب خانوں میں اپنے ناموں کے سامنے دستخط کروں گا۔
2. میں ایسے لوگوں کی ایک فہرست مانگ سکتا ہوں جو میری منظوری کے بغیر میری HIV سے متعلق معلومات حاصل یا استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر میں HIV سے متعلق معلومات کے جاری ہونے کی وجہ سے امتیازی سلوک کا شکار ہو رہا ہوں تو، میں **961-8650 (212)** پر نیو یارک سٹی کے کمیشن کے شعبہ برائے انسانی حقوق سے **306-7450 (212)** پر رابطہ کر سکتا ہوں۔ وہ میرے حقوق کی حفاظت کرنے کے انچارج ہیں۔
3. اس فارم پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ اگر میں دستخط نہیں کرتا ہوں تو، میرا علاج، علاج فریم کنندگان کو ادائیگی، صحت منصوبے میں اندراج، اور پناہ گاہ کے لیے اہلیت متاثر نہیں ہوگی۔ لیکن، اگر میں اس پر دستخط نہیں کرتا ہوں اور حال یہ ہے کہ میں نے اپنی مناسب رہائش کی درخواست کے ساتھ دستاویزات پیش نہیں کی ہیں تو، میری مناسب رہائش کی درخواست مسترد کی جا سکتی ہے کیونکہ NYC بے گھر کی خدمات کے محکمہ (Department of Homeless Services,) DHS کے پاس جائزہ لینے کے لئے کوئی معاون دستاویزات یا معلومات موجود نہیں ہے۔
4. میں کبھی بھی اپنا ارادہ بدل سکتا ہوں سوائے کسی ایسی معلومات کے جو پہلے ہی جاری ہو گئی ہو۔ ایسا کرنے کے لیے، مجھے اپنی پناہ گاہ یا فیسیلٹی کے ڈائریکٹر کو تحریری طور پر بتانا چاہئے۔
5. اس رضامندی کے تحت اشتراک کردہ میری صحت کی معلومات DHS کے ذریعہ دوبارہ جاری کی جا سکتی ہیں۔ ان معلومات کی رازداری تب وفاقی یا ریاستی قانون کے ذریعہ محفوظ نہیں رہے گی۔

(صفحہ پلٹیں)

¹ ہیومن امیونو ڈیفیشنسنسی وائرس کی وجہ سے AIDS ہوتا ہے۔ نیویارک ریاست کا صحت عامہ کا قانون ایسی معلومات کا جن سے معقول طور پر کسی شخص کی نشاندہی HIV کی علامات یا انفیکشن کے حامل کے بطور ہو سکتی ہو اور کسی فرد کے رابطے کے سلسلے میں معلومات کا تحفظ کرتا ہے۔

صحت کی معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت

6. اس صحت فراہم کنندہ یا ادارے کا نام اور پتہ جس کو یہ معلومات جاری کرنی ہے:

7. صحت فراہم کنندہ یہ معلومات اس کو بھیجے گا: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150.Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007**

8(a). جاری کرنے لائق معلومات: ذیل میں مذکور تاریخ کو دستخط کرنے سے پہلے پورے سال کے طبی ریکارڈز۔ شامل کریں (مختصر دستخط کر کے بتائیں):

الکحل/منشیات کا علاج ذہنی صحت کی معلومات HIV سے متعلق معلومات

8(a). یہاں مختصر دستخط کر کے _____، میں _____ (مختصر دستخط) (انفرادی نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا نام)

NYC کے محکمہ برائے سماجی خدمات کے ساتھ اپنی صحت سے متعلق معلومات پر تبادلہ خیال کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

9. معلومات جاری کرنے کی وجہ: صرف مناسب رہائش کی درخواست کے مقصد کے لئے مریض کی درخواست پر۔

10. اختتامی تاریخ: دستخط کرنے کی تاریخ سے ایک سال

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

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعہ مجاز نمائندے کے دستخط

اگر مریض نہ ہو تو، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام بتائیں

مریض کی طرف سے دستخط کرنے کا اختیار

مجھ سے رابطہ کرنے کے لیے بہترین فون نمبر

صحت بیمہ کی انتقال پذیری اور احتساب (INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY, HIPAA) کی رضامندی کے فارم کے بارے میں معلومات

یہ عمومی سوالنامہ HIPAA کے رضامندی فارم
کی وضاحت کرنے میں مدد کرتا ہے اور ہم آپ
سے کیوں اسے مکمل کرنے کو کہتے ہیں۔

مجھے HIPAA کی رضامندی کا فارم کیوں مکمل کرنا چاہئے؟

مناسب رہائش کی کچھ درخواستوں (Reasonable Accommodation Requests, RAR) پر نظر ثانی کی ضرورت ہے تاکہ اس بات کا فیصلہ کیا جا سکے کہ آیا اس کی منظوری دی جائے گی۔ یہ فیصلہ کرنے کے لیے مناسب رہائشوں کا دفتر (Office of Reasonable Accommodations, ORA) آپ کے فراہم کنندہ کی جانب سے متعلقہ معلومات کا جائزہ لیتا ہے۔ HIPAA کی رضامندی پر دستخط کرنے سے ORA کو اس بات کی اجازت مل جاتی ہے کہ جب اسے آپ کی درخواست کے بارے میں فیصلہ کرنے کے لئے مزید معلومات کی ضرورت ہو تو وہ آپ کے فراہم کنندہ سے رابطہ کر سکتا ہے۔ اس پر دستخط کرنے سے جائزے کے عمل میں وقت کی بچت ہوتی ہے۔

اس فارم کو استعمال کر کے کس طرح کی معلومات جمع کی جائیں گی؟

ORA صرف اس مناسب رہائش (Reasonable Accommodation, RA) سے متعلق معلومات طلب کرے گا جو آپ نے طلب کی تھی۔ عملہ آپ کی درخواست سے غیر متعلقہ معلومات حاصل کرنے کے لیے آپ کے فراہم کنندہ سے رابطہ کرنے کے لئے فارم کا استعمال نہیں کرے گا۔

میں کس طرح اس فارم کو مکمل کروں؟

- اس کے درست ہونے کے لیے آپ کو HIPAA کی رضامندی کے فارم کو پُر کرنا، دستخط کرنا ہوگا اور اس پر تاریخ درج کرنی ہوگی۔
- HIPAA کی رضامندی پر دستخط کیے جانے کی تاریخ سے ایک سال کے لیے درست ہے۔
- اگر آپ رضامندی پر دستخط کرنے سے قاصر ہیں تو، ایک مجاز نمائندہ آپ کے لئے دستخط کر سکتا ہے۔ اگر کوئی مجاز نمائندہ آپ کے لئے دستخط کر رہا ہے تو، آپ کو ہمیں ایک ایسا دستاویز دینا ہوگا جو اس کے اختیار کو ثابت کرے، جیسے پاور آف اٹارنی یا سرپرست کمیشن۔

(صفحہ پلٹیں)

صحت بیمہ کی انتقال پذیری اور احتساب (HIPAA) کی رضامندی کے فارم کے بارے میں معلومات (جاری)

اگر میں اب یہ نہ چاہوں کہ **ORA** میرے فراہم کنندہ سے رابطہ کرنے کے لئے یہ فارم استعمال کرے تو کیا کریں؟

آپ ہمیں کسی بھی وقت فارم کے استعمال کو روکنے کے لئے کہہ سکتے ہیں، لیکن آپ کو پناہ گاہ یا فیسٹیٹی کے ڈائریکٹر کو تحریری طور پر بتانا ہوگا۔

نوٹ: اگر آپ اپنے فراہم کنندہ سے معلومات حاصل کرنے میں ہماری مدد نہیں چاہتے ہیں تو آپ کو اس رضامندی پر دستخط کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اس کی بجائے، آپ اپنی رہائش کی درخواست مکمل ہم آہنگی کے ساتھ براہ راست اپنے فراہم کنندگان سے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔

اگر میرے پاس کوئی دستاویز نہیں ہے تو کیا ہوگا؟

RAR(s) کے پاس جمع کرانے کے لئے اگر آپ کے پاس کوئی دستاویز نہیں ہے، اور آپ **HIPAA** فارم کو مکمل اور اس پر دستخط نہیں کرتے ہیں تو، آپ کی درخواست کو مسترد کیا جا سکتا ہے کیونکہ جائزہ لینے کے لئے ہمارے پاس کوئی معاون دستاویزات یا معلومات موجود نہیں ہیں۔

اگر اس فارم کے بارے میں میرے مزید سوالات ہوں تو کیا کرنا چاہیے؟

فارم کے بارے میں جو بھی سوالات ہیں ان کا جواب **DHS** عملہ اور پناہ گاہ کا عملہ دے گا اور اسے ذاتی طور پر پُر کرنے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے۔