

**বেকর্ড রিলিজের অনুমোদন ফর্ম**  
**(Bengali)**

আমি অনুরোধ করছি:  শেল্টার হিষ্টি লেটার  আমার কেস রেকর্ডের কপি

নাম: \_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_ এসএসএন (SSN): \_\_\_\_\_

কেয়ার আইডি: \_\_\_\_\_

আমি এতদ্বারা গৃহহীন পরিষেবা বিভাগকে (Department of Homeless Services) আমার রেকর্ডগুলি আমার বা আমার প্রতিনিধির নিকট প্রকাশ করার জন্য অনুমোদন করি, যা এজেন্সি আমার নামে রক্ষণাবেক্ষণ করে, উল্লিখিত তারিখ থেকে:

**অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবকয়টিতে টিক চিহ্ন দিন:**

- আমি সমস্ত রকম চিকিৎসা এবং মানসিক তথ্য প্রকাশে সম্মত নই।
- আমি HIV -সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করতে সম্মত নই।
- আমি মাদকদ্রব্য অপব্যবহারের তথ্য প্রকাশে সম্মত নই।
- আমি গার্হস্থ্য হিংসার শিকার হিসাবে আমার অবস্থা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করতে সম্মত নই।
  - আমি বুঝি যে আমার রেকর্ডের মধ্যে থাকা সমস্ত তথ্যের উপর আমার অধিকার আছে।
  - আমি বুঝি যে আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করতে পারি।
  - আমি বুঝি যে আমার রেকর্ড আইন দ্বারা সুরক্ষিত।
  - আমি বুঝি যে আমার রেকর্ডে মানসিক তথ্য এবং/অথবা অ্যালকোহল/মাদক অপব্যবহারের তথ্য সহ, চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য থাকতে পারে।
  - আমি বুঝি যে, আমার একটি HIV -সম্পর্কিত পরীক্ষা হয়েছে, বা HIV সংক্রমণ, HIV -সম্পর্কিত অসুস্থতা বা এইডস আছে, বা আমি সম্ভাব্যভাবে HIV সংস্পর্শে এসেছি এমন যেকোন তথ্য সহ HIV -সম্পর্কিত তথ্য আমার রেকর্ডে থাকতে পারে।
  - আমি বুঝি যে আমার রেকর্ডে পারিবারিক হিংসার শিকার হিসাবে আমার অবস্থা সম্পর্কিত তথ্য থাকতে পারে।
  - আমি সচেতন যে আমি উপরে উল্লেখ না করলে, আমার রেকর্ডে থাকা HIV-সম্পর্কিত তথ্য এবং গার্হস্থ্য হিংসা-সম্পর্কিত তথ্য এই ফর্মে তালিকাভুক্ত ব্যক্তিকে দেওয়া যেতে পারে।
  - আমি জানি যে তথ্য প্রকাশের আগে যে কোনো সময় আমি এই অনুমোদনের বিষয়ে আমার মন পরিবর্তন করতে পারি।
  - আমি এই রিলিজটিকে 180 দিন সময়ের জন্য অনুমোদন করি।
  - এই রিলিজের জন্য একটি ফটোকপি যথেষ্ট হতে পারে।
  - আমার স্বাক্ষর নিশ্চিত করে যে আমি উপরের সবগুলো পড়েছি।

(পরের পৃষ্ঠায় ঠান)

**বেকর্ড রিলিজের অনুমোদন ফর্ম (অব্যাহত)**

**গোপনীয় তথ্য প্রাপকের জন্য দ্রষ্টব্য:**

স্টেট আইন দ্বারা সুরক্ষিত গোপনীয় রেকর্ড থেকে এই তথ্য আপনার কাছে প্রকাশ করা হয়েছে। এই তথ্যে যে ব্যক্তির তথ্য আছে তার লিখিত নির্দিষ্ট সম্মতি ছাড়া, বা আইনের কোনো প্রয়োজন ছাড়া আপনার দ্বারা এই তথ্যের পুনঃপ্রকাশ স্টেট আইন অনুযায়ী নিষিদ্ধ। স্টেট আইনকে কোনোভাবে অমান্য করার ফলস্বরূপ আপনার জরিমানা বা কারাদন্ড বা উভয়ই হতে পারে। চিকিৎসা বিষয়ক বা অন্যান্য তথ্যের পুনঃপ্রকাশের জন্য একটি সাধারণ অনুমোদন বা অধিকার প্রদান যথেষ্ট নয়। NY জনস্বাস্থ্য আইন, আর্টিকল 27-F-§2782(5)(a).

গ্রাহকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

*বেকর্ড ডাকযোগে বা ইমেল করার আগে আপনার পরিচয় যাচাই করার জন্য আপনার স্বাক্ষর নোটারি করা বা একজন সাক্ষীকে থাকতে হবে। প্রযুক্তিগত সীমাবদ্ধতা এবং ফাইলের আকারের সীমাবদ্ধতা সাপেক্ষে ইমেল বিতরণ।*

ডাকযোগ বা  নীচে তালিকাভুক্ত ঠিকানা আমার বেকর্ডগুলি আমাকে ইমেল করুন:

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



**পূরণ করা ফর্ম এখানে ডাকযোগে পাঠান:**  
DSS Office of Legal Affairs - Records Access  
150 Greenwich Street (38th Fl.)  
New York, NY 10007



**ইমেল:** RecordsAccess@dhs.nyc.gov



**ফ্যাক্স :** 917-639-0367

<b>নোটারি করা তথ্য এখানে (Notary Information Here)</b>
<b>ডিএইচএস/প্রদানকারীর সাক্ষী (DHS/Provider Witness)</b>
_____ Print name
_____ Signature
_____ Date