

তথ্য প্রকাশের জন্য প্রয়োজনীয় সম্মতি

এই ফর্মটি রোগী (শিশু) বা তাদের ব্যক্তিগত প্রতিনিধির দ্বারা পর্যালোচনা করে স্বাক্ষর করতে হবে। যদি রোগীর বয়স 18 বছরের কম হয়, তবে রোগীর বাবা-মা (অথবা অভিভাবক)-কে অবশ্যই এই ফর্মটি পর্যালোচনা করে স্বাক্ষর করতে হবে। এই ফর্মটি নিবিড় মানসিক স্বাস্থ্যসেবার জন্য রেফার করা শিশুর পরিষেবা পরিকল্পনা, পরিচর্যা সমন্বয় এবং পরিষেবা প্রদানের উদ্দেশ্যে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য, নেশার পদার্থের ব্যবহারের চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য এবং মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহারের ও প্রকাশের অনুমতি প্রদান করে। গোপনীয় এইচআইভি-সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশের জন্য একটি পৃথক ফর্ম প্রয়োজন।

সেই ব্যক্তি যার তথ্য ব্যবহার বা ভাগ করা যেতে পারে:

সন্তানের নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____

(এই নথিতে "আমার সন্তান" বা "আপনার সন্তান" হিসাবে উল্লেখ করা হয়েছে)

অংশ 1 তথ্য প্রকাশের জন্য প্রয়োজনীয় সম্মতি

A. ব্যবহার বা ভাগ করার জন্য তথ্যের বিবরণ:

আপনার সন্তানের যে তথ্য ব্যবহার বা ভাগ করা হবে তার মধ্যে রয়েছে: শিশুদের একক প্রবেশাধিকার পয়েন্ট (Children's Single Point of Access, CSPOA) আবেদন, শিক্ষাগত, চিকিৎসা সংক্রান্ত ও নেশার পদার্থের ব্যবহারের চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য, এবং মানসিক স্বাস্থ্য মূল্যায়ন, যার মধ্যে রয়েছে: মনোরোগ ও মনোবৈজ্ঞানিক মূল্যায়ন, মনোসামাজিক মূল্যায়ন, ডিসচার্জ রিপোর্ট, সমস্ত প্রাসঙ্গিক ক্লিনিকাল ডেটা এবং অন্যান্য: _____।

আমি এতদ্বারা আমার শিশুর রেফারেল উৎসকে CSPOA আবেদন এবং সমস্ত গোপনীয় তথ্য (যার মধ্যে রয়েছে আমার শিশুর মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য, মনোরোগ ও মনোসামাজিক মূল্যায়ন, মাদকাসক্তি চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য) নিউ ইয়র্ক সিটি স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধি দপ্তর (স্বাস্থ্য বিভাগ) নিউ ইয়র্ক সিটির (NYC) CSPOA কর্মসূচির মাধ্যমে শেয়ার করার অনুমতি প্রদান করছি। আমি এতদ্বারা স্বাস্থ্য বিভাগের CSPOA-কে এই তথ্য ব্যবহার ও ভাগ করার অনুমতি প্রদান করছি, যাতে তারা আমার সন্তানের যোগ্যতা নির্ধারণ ও পরিচর্যা সমন্বয় কার্যক্রম পরিচালনা করতে পারে।

B. তথ্যের উদ্দেশ্য বা প্রয়োজন: আপনার সন্তানকে নিবিড় মানসিক স্বাস্থ্যসেবার জন্য রেফার করা হয়েছে। CSPOA নিবিড় মানসিক স্বাস্থ্যসেবার প্রয়োজনীয় শিশুদের জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ ও পরিচর্যা সমন্বয় কার্যক্রম পরিচালনা করে। একজন CSPOA বিশেষজ্ঞকে আবেদন এবং উপরে বর্ণিত অন্যান্য তথ্য পর্যালোচনা করতে হবে, যাতে আপনার সন্তানের জন্য উপযুক্ত পরিষেবা প্রদান করা যেতে পারে।

C. আপনি CSPOA-কে নিম্নলিখিত ব্যক্তি, সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা কর্মসূচির সাথে আপনার সন্তানের তথ্য ভাগ করার এবং নিচে বর্ণিতভাবে আপনার সন্তানের তথ্য ব্যবহারের অনুমতি প্রদান করছেন:

আপনার সন্তানের যোগ্যতা নির্ধারণ ও পরিচর্যা সমন্বয় কার্যক্রম পরিচালনার জন্য, একজন CSPOA বিশেষজ্ঞ নিম্নলিখিত কাজগুলি করবেন:

- আপনার সন্তানের চিকিৎসা নিয়ে আলোচনা করার জন্য রেফারেল উৎসের পাশাপাশি আপনার সঙ্গেও যোগাযোগ করবেন, যার মধ্যে মূল্যায়ন সম্পন্ন করা ব্যক্তিও অন্তর্ভুক্ত থাকবেন; এবং
- উপযুক্ত কর্মসূচির জন্য সুপারিশ করতে এবং নিবিড় মানসিক স্বাস্থ্যসেবার সম্ভাব্য তালিকাভুক্তির জন্য, উপরে বর্ণিত তথ্য নিউ ইয়র্ক স্টেট মানসিক স্বাস্থ্য অফিস, NYC স্বাস্থ্য বিভাগ, স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগ বা Health Homes Servicing Children (যার মধ্যে Health Home Care Management অন্তর্ভুক্ত) এর সাথে চুক্তিবদ্ধ বিভিন্ন সংস্থা ও প্রতিষ্ঠানের সাথে ভাগ করবেন। যে সংস্থা ও প্রতিষ্ঠানগুলো আপনার শিশুর তথ্য পেতে পারে, তার মধ্যে রয়েছে: পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা সংস্থাগুলো, Non-Medicaid Care Coordination, এবং Health Home Care Management পরিচর্যা ম্যানেজার। অতিরিক্তভাবে, আপনি বুঝতে পারছেন যে রেফারেল নিম্নলিখিত সংস্থা বা কর্মসূচির সাথে আলোচনা করা হতে

পারে এবং তাদের সরবরাহ করা যেতে পারে: বিকাশজনিত প্রতিবন্ধী বিষয়ক অফিস, Family Resource Center, Intensive Crisis Stabilization and Treatment, Home-Based Crisis Intervention, Functional Family Therapy (FFT), নিউ ইয়র্ক স্টেট শিশু ও পরিবার পরিষেবা অফিস, স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা বিভাগ এবং Pre-Admission Certified Committee; এবং

- আপনার সন্তানের কোনও প্রোগ্রামে তালিকাভুক্তি নির্ধারণ করতে Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) দেখুন।

D. আমার অধিকারগুলি: আমি বুঝতে পারছি যে:

1. এই সম্মতির ফলে শুধুমাত্র এই তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করা যেতে পারে।
2. এই তথ্য গোপনীয় এবং আমার অনুমতি ছাড়া আইনত প্রকাশ করা যাবে না।
3. যদি এই তথ্য এমন কাউকে প্রকাশ করা হয় যিনি ফেডারেল গোপনীয়তা সুরক্ষা বিধিনিষেধ মেনে চলতে বাধ্য নন, তবে এটি পুনরায় প্রকাশ করা হতে পারে এবং আর সুরক্ষিত থাকবে না।
4. আমার যে কোনো সময় এই সম্মতি বাতিল (প্রত্যাহার) করার অধিকার রয়েছে। সম্মতি প্রত্যাহার করার জন্য আমাকে NYC-এর CSPOA দ্বারা সরবরাহিত ফর্মে লিখিতভাবে জানাতে হবে। আমি জানি যে আমার পূর্বের সম্মতির ভিত্তিতে যদি আমি অনুমোদিত ব্যক্তির ইতিমধ্যে আমার শিশুর স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশের জন্য পদক্ষেপ নিয়ে থাকে, তাহলে সম্মতি ফিরিয়ে নেওয়া সেই পদক্ষেপের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না। সম্মতি প্রত্যাহার করতে, আমি NYC-এর CSPOA-তে লিখব এই ঠিকানায়:

NYC Children's Single Point of Access
New York City Department of Health and Mental Hygiene
Bureau of Children, Youth and Families
42-09 28th St.
Long Island City, NY 11101

5. আমি এই সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর করতে বাধ্য নই, এবং স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করলে এটি নিউ ইয়র্ক স্টেট মানসিক স্বাস্থ্য অফিস থেকে আমার বা আমার সন্তানের পরিষেবা পাওয়ার সক্ষমতাকে প্রভাবিত করবে না, যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত: Community Residence, Health Home Care Management এবং Non-Medicaid Care Coordination; এছাড়াও, এটি আমার বা আমার সন্তানের সুবিধার জন্য যোগ্যতাকে প্রভাবিত করবে না।
6. আমার অধিকার রয়েছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য পর্যালোচনা ও কপি করার, যা 45 CFR§164.524 এর অধীনে ফেডারেল গোপনীয়তা সুরক্ষা বিধিনিষেধ অনুযায়ী ব্যবহার ও প্রকাশ করা হবে।
7. আমি বুঝতে পারছি যে আমার সন্তান যখন আর কোনো নিবিড় মানসিক স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করবে না, তখন এই সম্মতির মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে।

E. পর্যায়ক্রমিক ব্যবহার ও প্রকাশ: আমি এতদ্বারা উপরে বর্ণিত উদ্দেশ্য পূরণের জন্য উপরে উল্লিখিত ব্যক্তি, সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা কর্মসূচির কাছে উপরে বর্ণিত তথ্যের পর্যায়ক্রমিক ব্যবহার ও প্রকাশের অনুমতি প্রদান করছি।

অংশ 2: স্বাক্ষর

রোগীর স্বাক্ষর: আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমি এই নথিতে বর্ণিত আমার সন্তানের চিকিৎসা সংক্রান্ত এবং মানসিক স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহারের অনুমোদন দিচ্ছি।

রোগীর স্বাক্ষর (অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধি)

তারিখ

রোগীর নাম (বড় হরফে লিখুন)

প্রতিনিধি স্বাক্ষর করলে, প্রতিনিধির (অথবা পিতামাতা বা অভিভাবকের) নাম (বড় হরফে লিখুন)

যদি প্রতিনিধি স্বাক্ষর করেন, তাহলে রোগীর পক্ষে প্রতিনিধির স্বাক্ষর করার কর্তৃত্ব বর্ণনা করুন (উদাহরণস্বরূপ, যদি প্রতিনিধি নাবালক রোগীর পিতামাতা হন তবে "পিতামাতা" লিখুন)

F. সাক্ষীর বিবৃতি এবং স্বাক্ষর: আমি এই সম্মতি কার্যকর হওয়ার সাক্ষী এবং বলছি যে স্বাক্ষরিত সম্মতির একটি কপি রোগী বা রোগীর ব্যক্তিগত প্রতিনিধিকে প্রদান করা হয়েছিল।

এর দ্বারা সাক্ষ্য প্রদান করা হয়েছে:

কর্মীর নাম ও পদবী

যাকে সম্মতি প্রদান করা হয়েছে:

রোগীর নাম

তারিখ:

প্রতিষ্ঠানের দ্বারা পূরণ করতে হবে:

তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশকারী কর্মীর স্বাক্ষর

পদমর্যাদা

প্রকাশের তারিখ

বিজ্ঞপ্তি - নেশার পদার্থের ব্যবহারের চিকিৎসা সংক্রান্ত রেকর্ডের পুনঃপ্রকাশের নিষেধাজ্ঞা:

এই নোটিশটি এমন একটি রোগীর মাদকাসক্তি চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের বিষয়ে প্রযোজ্য, যা সেই রোগী বা রোগীর ব্যক্তিগত প্রতিনিধির সম্মতিতে আপনাকে প্রদান করা হয়েছে। এই তথ্য, যা নেশার পদার্থের ব্যবহারের চিকিৎসা সংক্রান্ত রেকর্ড, ফেডারেল গোপনীয়তা বিধি (42 CFR Part 2) এবং স্বাস্থ্য বিমা পোর্টেবিলিটি ও দায়বদ্ধতা আইন (HIPAA) দ্বারা সুরক্ষিত রেকর্ড থেকে আপনাকে প্রকাশ করা হয়েছে। ফেডারেল বিধিগুলি আপনাকে এই তথ্য কোনো সংস্থার সাথে ভাগ করতে নিষেধ করে, যদি না সেই সংস্থা উপরের অংশ 1-এ তালিকাভুক্ত থাকে, অথবা যদি 42 CFR Part 2 অনুযায়ী লিখিত সম্মতির মাধ্যমে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি স্পষ্টভাবে আরও প্রকাশের অনুমতি না দেন। চিকিৎসা বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশের জন্য সাধারণ সম্মতি এই উদ্দেশ্যে যথেষ্ট নয়। ফেডারেল বিধিগুলি কোনো মদ্যপান বা মাদকাসক্ত রোগীর বিরুদ্ধে ফৌজদারি তদন্ত বা মামলা করার জন্য এই তথ্যের ব্যবহারে নিষেধাজ্ঞা আরোপ করে।

অংশ ৩: তথ্য প্রকাশের সম্মতি প্রত্যাহার

আমি এতদ্বারা **অংশ ১**-এ উল্লিখিত তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশের জন্য আমার অনুমতি বাতিল করছি, যার উদ্দেশ্যে দেওয়া হয়েছিল নিম্নলিখিত ব্যক্তি, সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা কর্মসূচির কাছে, যার নাম ও ঠিকানা হলো:

আমি এতদ্বারা **অংশ ১**-এ উল্লিখিত তথ্যের ব্যবহার ও প্রকাশের জন্য সম্মতি দিতে অস্বীকার করছি, যার উদ্দেশ্যে নিম্নলিখিত ব্যক্তি, সংস্থা, প্রতিষ্ঠান বা কর্মসূচির কাছে, যার নাম ও ঠিকানা হলো:

রোগীর স্বাক্ষর (অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধি)

তারিখ

রোগীর নাম (বড় হরফে লিখুন)

প্রতিনিধি স্বাক্ষর করলে, প্রতিনিধির (অথবা পিতামাতা বা অভিভাবকের) নাম (বড় হরফে লিখুন)

যদি প্রতিনিধি স্বাক্ষর করেন, তাহলে রোগীর পক্ষে প্রতিনিধির স্বাক্ষর করার কর্তৃত্ব বর্ণনা করুন (উদাহরণস্বরূপ, যদি প্রতিনিধি নাবালক রোগীর পিতামাতা হন তবে "পিতামাতা" লিখুন)

CSPOA রোগীর তথ্য এবং সম্মতি ভাগ করা সম্পর্কিত প্রশ্নসমূহ

1. CSPOA প্রদানকারীরা আমার তথ্য কীভাবে ব্যবহার করবে?

যদি আপনি সম্মতি দেন, তাহলে CSPOA প্রদানকারীরা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যে ব্যবহার করবে:

- আপনার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা সমন্বয় করা এবং তার পরিচর্যা পরিচালনা করা
- পরীক্ষা করুন আপনার স্বাস্থ্য বিমা রয়েছে কিনা এবং এটি কোন পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করে
- গবেষণা জন্য স্বাস্থ্যসেবা অধ্যয়ন করা এবং তা উন্নত করা

আপনার নেওয়া সিদ্ধান্ত স্বাস্থ্য বিমা প্রদানকারীদের আপনার তথ্য দেখার অনুমতি দেয় না, যাতে তারা নির্ধারণ করতে পারে যে আপনাকে বিমা দেবে কি না বা আপনার বিল পরিশোধ করবে কি না।

2. আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কোথা থেকে আসে?

আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য সেই স্থান এবং ব্যক্তিদের কাছ থেকে আসে, যারা অতীতে আপনাকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছে বা স্বাস্থ্য বিমা সরবরাহ করেছে। এগুলো হতে পারে হাসপাতাল, ডাক্তার, ওষুধের দোকান, ল্যাবরেটরি, হেলথ প্ল্যান (বিমা কোম্পানি), Medicaid প্রোগ্রাম এবং অন্যান্য সংস্থাগুলি যারা স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ভাগ করে। PSYCKES-এ উপলব্ধ তথ্যের তালিকার জন্য, PSYCKES ওয়েবসাইট www.psyckes.org দেখুন এবং "About PSYCKES" ("PSYCKES সম্পর্কে") দেখুন অথবা আপনার চিকিৎসা প্রদানকারীকে আপনার জন্য তালিকাটি প্রিন্ট করতে বলুন।

3. আমার স্বাস্থ্য তথ্য কীভাবে ভাগ করা যেতে পারে তা কোন আইন এবং নিয়মের আওতায় পড়ে?

এই আইন ও বিধিনিয়মগুলির মধ্যে রয়েছে নিউ ইয়র্ক মানসিক স্বাস্থ্যবিধি আইন ধারা 33.13, নিউ ইয়র্ক জনস্বাস্থ্য আইনের ধারা 27-F, এবং ফেডারেল গোপনীয়তা বিধিনিয়ম, যার মধ্যে রয়েছে 42 CFR Part 2 এবং 45 CFR Parts 160 ও 164 (যেগুলো "হেলথ ইন্স্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)" নামে পরিচিত)।

4. আমি যদি সম্মত হই, তাহলে কারা আমার তথ্য পেতে এবং দেখতে পারবে?

আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিরাই দেখতে পারেন, যাদের আপনি অনুমতি দেন, যেমন ডাক্তার এবং CSPOA-র সাথে কাজ করা অন্যান্য ব্যক্তির, যারা আপনার শিশুর স্বাস্থ্যসেবায় জড়িত এবং CSPOA প্রদানকারীর সাথে যুক্ত কর্মীরা, যারা আপনার শিশুর পরিচর্যা করছেন, তারা আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য যাচাই করতে বা সমস্ত রোগীর জন্য স্বাস্থ্যসেবা উন্নত করার গবেষণার উদ্দেশ্যে এই তথ্য ব্যবহার করতে পারেন।

5. যদি কেউ আমার তথ্য ব্যবহার করে এবং আমি তাকে তা ব্যবহার করতে দিতে সম্মত না হই, তাহলে কী হবে?

আপনি যদি মনে করেন যে কোনো ব্যক্তি আপনার সন্তানের তথ্য ব্যবহার করেছে এবং আপনি সেই ব্যক্তিকে আপনার সন্তানের তথ্য দিতে রাজি নন, তাহলে আপনার অনুমোদিত কোনো পরিষেবা প্রদানকারীকে কল করুন, যাকে আপনি রেকর্ড দেখার অনুমতি দিয়েছেন, CSPOA-কে 347-396-7205 নম্বরে, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের অ্যাটর্নি অফিসকে 212-637-2800 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেটের মানসিক স্বাস্থ্য অফিসের কাস্টমার রিলেশনস-কে 800-597-8481 নম্বরে কল করতে পারেন।

6. আমার সম্মতি কতদিন কার্যকর থাকে?

আপনার সম্মতি ততদিন পর্যন্ত কার্যকর থাকবে যতদিন না আপনি তা প্রত্যাহার করেন, অথবা যদি CSPOA বন্ধ হয়ে যায়, অথবা আপনার শিশুর CSPOA থেকে শেষ পরিষেবা পাওয়ার তারিখের তিন বছর পর—যেটি আগে ঘটে।

7. যদি আমি পরে আমার মন পরিবর্তন করি এবং আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে চাই?

আপনি যে কোনো সময় একটি সম্মতি প্রত্যাহার ফর্মে স্বাক্ষর করে এবং CSPOA-কে দিয়ে আপনার সম্মতি ফিরিয়ে নিতে পারেন। এই ফর্মটি পেতে 347-396-7205 নম্বরে কল করুন। দ্রষ্টব্য: এমনকি যদি আপনি পরে আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত নেন, তবুও যেসব প্রদানকারী ইতিমধ্যে আপনার তথ্য পেয়ে গেছে, তাদের সেই তথ্য তাদের রেকর্ড থেকে মুছতে হবে না।

8. আমি কীভাবে পরিষেবাগুলি পেতে পারি?

এই ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার পর আপনি এর একটি কপি পেতে পারেন।