

**معلومات کے افشاء کے لیے درکار رضامندی**

یہ فارم مریض (بچے) یا اس کے ذاتی نمائندے کو لازمی طور پر پڑھنا اور دستخط کرنا ہو گا۔ اگر مریض کی عمر 18 سال سے کم ہے، تو مریض کے والد/والدہ (یا سرپرست) کے لیے اس فارم کا جائزہ لینا اور اس پر دستخط کرنا ضروری ہے۔ یہ فارم صحت، منشیات کے علاج اور ذہنی صحت سے متعلق معلومات کے استعمال اور ان کے افشاء کی اجازت دیتا ہے، تاکہ بچے کے لیے مخصوص دماغی صحت کی نگہداشت کی منصوبہ بندی، ہم آہنگی اور فراہمی کو ممکن بنایا جا سکے۔ HIV سے متعلق رازدارانہ معلومات کے استعمال یا افشاء کے لیے ایک علیحدہ فارم درکار ہو گا۔

وہ شخص جس کی معلومات استعمال یا شیئر کی جا سکتی ہیں:

بچے کا نام: \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

(اس دستاویز میں اس کا حوالہ "میرا بچہ" یا "آپ کا بچہ" کہہ کر دیا جائے گا)

**حصہ 1: معلومات کے افشاء کے لیے درکار رضامندی**

**A. استعمال یا اشتراک کی جانے والی معلومات کی تفصیل:**

آپ کے بچے سے متعلق استعمال یا شیئر کردہ معلومات میں درج ذیل شامل ہیں: بچوں کی رسائی کا واحد مقام ( Children's Single Point of Access, CSPOA) کی درخواست، تعلیمی، طبی، اور منشیات کے علاج سے متعلق معلومات، ذہنی صحت کے جائزے، بشمول: سائیکیاٹرک اور نفسیاتی تجزیے، سماجی نفسیاتی تشخیص، ڈسچارج رپورٹس، تمام متعلقہ طبی ڈیٹا اور دیگر معلومات:۔

میں اپنے بچے کے حوالہ دہندہ کو مجاز بنانا/بناتی ہوں کہ وہ CSPOA کی درخواست اور تمام رازدارانہ معلومات (بشمول میرے بچے کی ذہنی صحت سے متعلق معلومات، نفسیاتی و سماجی نفسیاتی جائزے، منشیات کے علاج کی معلومات اور طبی معلومات) نیو یارک سٹی محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت (محکمہ صحت) کے ساتھ نیو یارک سٹی (NYC) کے CSPOA پروگرام کے ذریعے شیئر کرے۔ میں محکمہ صحت کے CSPOA کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ ان معلومات کو میرے بچے کی اہلیت اور نگہداشت کے ربط کی سرگرمیوں کے لیے استعمال اور شیئر کرے۔

**B. معلومات کی ضرورت یا مقصد:** آپ کے بچے کو ذہنی صحت کی جامع خدمات کے لیے نامزد کیا گیا ہے۔ CSPOA ان بچوں کی اہلیت اور نگہداشت کے ربط کی سرگرمیاں طے کرتا ہے جو انتہائی دماغی صحت کی خدمات کے ضرورت مند ہیں۔ CSPOA اسپیشلسٹ کے لیے درخواست اور اوپر بیان کردہ دیگر معلومات کا جائزہ لینا ضروری ہے تاکہ آپ کے بچے کے لیے موزوں خدمات فراہم کی جا سکیں۔

**C. آپ اجازت دیتے/دیتی ہیں کہ CSPOA آپ کے بچے کی معلومات درج ذیل افراد، تنظیموں، سہولیات یا پروگراموں کے ساتھ شیئر کرے اور آپ کے بچے کی معلومات کو درج ذیل مقاصد کے لیے استعمال کرے:**

CSPOA اسپیشلسٹ اہلیت کا تعین کرنے اور نگہداشت کے ربط کی سہولیات کے لیے درج ذیل اقدامات کرے گا:

- ریفرل سروس کے علاوہ، آپ سے اور اس فرد سے بھی رابطہ کرے گا جس نے تشخیص مکمل کی ہے تاکہ آپ کے بچے کے علاج پر بات چیت کی جا سکے؛ اور
- مندرجہ بالا معلومات کو مختلف ایجنسیوں اور تنظیموں کے ساتھ شیئر کرے گا جو نیو یارک اسٹیٹ آفس برائے ذہنی صحت، NYC محکمہ صحت، اسٹیٹ محکمہ صحت یا Health Homes Servicing Children (بشمول Health Home Care Management) کے ذریعے معاہدہ شدہ ہیں تاکہ ممکنہ اندراج کے لیے موزوں پروگرام کی سفارشات کی جا سکیں جو ذہنی صحت کی انتہائی خدمات فراہم کرتا ہو۔ وہ ایجنسیاں اور تنظیمیں جو آپ کے بچے کی معلومات حاصل کر سکتی ہیں: کیئر مینجمنٹ ایجنسیاں، Non-Medicaid Care Coordination فراہم کنندگان، Health Home Care Management کے نگہداشت مینیجرز۔ اس کے علاوہ، آپ جانتے ہیں کہ آپ کے بچے کے ریفرلز درج ذیل ایجنسیوں یا پروگراموں کے ساتھ زیر بحث آ سکتے ہیں اور ان کو فراہم کیے جا سکتے ہیں: نشوونما کی معزوریوں والے افراد کا آفس، Family Resource Center، Intensive Crisis Stabilization and Treatment، Home-Based Crisis Intervention، Functional Family Therapy

the Pre-Admission (FFT)، نیو یارک اسٹیٹ دفتر برائے اطفال اور خاندانی خدمات، لوکل ڈپارٹمنٹ برائے سوشل سروسز اور Certified Committee اور

- اپنے بچے کے کسی پروگرام میں اندراج کا تعین کرنے کے لیے، Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) چیک کریں۔

**.D میرے حقوق: میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:**

1. اس رضامندی کے نتیجے میں صرف ان معلومات کو استعمال اور افشاء کیا جا سکتا ہے۔
2. یہ معلومات رازدارانہ ہیں اور میری اجازت کے بغیر انہیں قانونی طور پر افشاء نہیں کیا جا سکتا۔
3. اگر یہ معلومات کسی ایسے فرد کو افشاء کی جاتی ہیں جو وفاقی رازداری کے تحفظ کے ضوابط کی پابندی کرنے کا پابند نہیں ہے، تو یہ دوبارہ پھیل سکتی ہیں اور پھر محفوظ نہیں رہیں گی۔
4. مجھے کسی بھی وقت اپنی رضامندی منسوخ کرنے (واپس لینے) کا حق حاصل ہے۔ رضامندی واپس لینے کے لیے، مجھے NYC کے CSPOA کی طرف سے فراہم کردہ مخصوص فارم پر تحریری درخواست دینی ہو گی۔ میں آگاہ ہوں کہ میری رضامندی واپس لینے کا اطلاق اس صورت میں نہیں ہو گا، جب وہ افراد جنہیں میں نے اپنے بچے کی صحت کی معلومات کے استعمال اور افشاء کی اجازت دی تھی، پہلے ہی میری دی گئی ابتدائی رضامندی کے مطابق کوئی کارروائی کر چکے ہوں۔ رضامندی واپس لینے کے لیے میں نیو یارک سٹی کے CSPOA کے ساتھ اس پتے پر درخواست دوں گا/گی:

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. اس فارم پر دستخط کرنا مجھ پر لازم نہیں ہے اور اگر میں دستخط نہ کروں، تو اس سے میری یا میرے بچے کی نیو یارک اسٹیٹ آفس برائے ذہنی صحت کی خدمات حاصل کرنے کی اہلیت پر کوئی اثر نہیں پڑے گا، بشمول: Non-Medicaid Care Coordination، Health Home Care Management، Community Residence، اس کے علاوہ، اس کا میرے یا میرے بچے کے فوائد حاصل کرنے کی اہلیت پر بھی کوئی اثر نہیں پڑے گا۔
6. مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں اپنے بچے کی صحت سے متعلق معلومات کا جائزہ لوں اور ان کی کاپی حاصل کروں، جیسا کہ 45 CFR§164.524 کے تحت وفاقی رازداری کے تحفظ کے ضوابط میں بیان کیا گیا ہے۔
7. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ رضامندی اس وقت ختم ہو جائے گی جب میرا بچہ انتہائی ذہنی صحت کی خدمات حاصل کرنا بند کر دے گا۔

- .E دورانیہ وار استعمال اور افشاء:** میں اس بات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ اوپر بیان کردہ معلومات کو وقتاً فوقتاً استعمال اور افشاء کیا جائے، جیسا کہ اوپر بیان کردہ افراد، تنظیموں، سہولیات یا پروگراموں کے لیے بیان کردہ مقاصد کو پورا کرنے کی ضرورت کے تحت۔

**حصہ 2: دستخط**

**مریض کے دستخط:** میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے اس دستاویز میں بیان کردہ طریقے کے مطابق اپنے بچے کی طبی اور ذہنی صحت کی معلومات کے استعمال کی اجازت دی ہے۔

\_\_\_\_\_ مریض (یا قانونی طور پر مجاز نمائندے) کے دستخط  
\_\_\_\_\_ تاریخ

\_\_\_\_\_ مریض کا نام (صاف لکھائی میں)

\_\_\_\_\_ اگر کسی نمائندے نے دستخط کیے ہیں تو نمائندے (والدین یا سرپرست) کا نام (صاف لکھائی میں)

\_\_\_\_\_ نمائندے کی مریض کی طرف سے دستخط کرنے کی قانونی حیثیت کی وضاحت کریں (مثلاً اگر نمائندہ بچے کا والد/والدہ ہے تو "والد/والدہ" لکھیں)

**F. گواہ کا بیان اور دستخط:** میں اس رضامندی کے نفاذ کا/کی گواہ ہوں اور تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ دستخط شدہ رضامندی کی ایک کاپی مریض یا مریض کے ذاتی نمائندے کو فراہم کی گئی ہے۔

**گواہ:**

\_\_\_\_\_ اسٹاف پرسن کا نام اور عہدہ

\_\_\_\_\_ جس کو رضامندی فراہم کی گئی:

\_\_\_\_\_ مریض کا نام

\_\_\_\_\_ تاریخ:

**ادارہ مکمل کرے:**

\_\_\_\_\_ معلومات استعمال اور افشاء کرنے والے اسٹاف کے دستخط

\_\_\_\_\_ عہدہ

\_\_\_\_\_ تاریخ افشاء

**نوٹس - منشیات کے علاج سے متعلق ریکارڈ کے دوبارہ افشاء کی ممانعت:**

یہ نوٹس مریض کے منشیات کے علاج سے متعلق معلومات کے افشاء کے حوالے سے ہے، جو مریض یا اس کے ذاتی نمائندے کی رضامندی سے آپ کو فراہم کی گئی ہے۔ یہ معلومات، منشیات کے علاج کے ریکارڈز، آپ کے ساتھ ایسے ریکارڈز سے افشاء کی گئی ہیں جو وفاقی رازداری قوانین کے (42 CFR Part 2) اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلیٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی ایکٹ (HIPAA) کے تحت محفوظ ہیں۔ وفاقی قوانین آپ کو اس معلومات کو کسی ایسی تنظیم کے ساتھ شیئر کرنے سے روکتے ہیں جو مندرجہ بالا حصہ 1 میں درج نہیں ہے، جب تک کہ اس شخص کی تحریری رضامندی نہ ہو جس سے یہ معلومات متعلقہ ہیں، یا جب تک کہ 42 CFR Part 2 کے تحت اس کی خصوصی اجازت نہ دی گئی ہو۔ طبی یا دیگر معلومات کے عام رضامندی فارم اس مقصد کے لیے کافی نہیں ہیں۔ وفاقی قوانین اس معلومات کو الکحل یا منشیات کے کسی بھی عادی مریض کی مجرمانہ تفتیش یا قانونی کارروائی کے لیے استعمال کرنے پر بھی سخت پابندی عائد کرتے ہیں۔

**حصہ 3: رضامندی واپس لینے کا بیان**

میں اپنی دی گئی اجازت کو واپس لیتا/لیتی ہوں اور اس دستاویز کے حصے 1 میں درج معلومات کے استعمال اور افشاء کی اجازت کو منسوخ کرتا/کرتی ہوں، تاکہ یہ معلومات درج ذیل فرد، تنظیم، ادارے یا پروگرام کے ساتھ شیئر نہ کی جائیں، جن کا نام اور پتہ درج ذیل ہے:

میں انکار کرتا/کرتی ہوں کہ حصہ 1 میں درج معلومات کا استعمال اور افشاء درج ذیل فرد، تنظیم، ادارے یا پروگرام کے ساتھ کیا جائے، جن کا نام اور پتہ درج ذیل ہے:

مریض (یا قانونی طور پر مجاز نمائندے) کے دستخط

تاریخ

مریض کا نام (صاف لکھائی میں)

اگر کسی نمائندے نے دستخط کیے ہیں تو نمائندے (والدین یا سرپرست) کا نام (صاف لکھائی میں)

نمائندے کی مریض کی طرف سے دستخط کرنے کی قانونی حیثیت کی وضاحت کریں (مثلاً اگر نمائندہ بچے کا والد/والدہ ہے تو "والد/والدہ" لکھیں)

## CSPOA سے مریض کی معلومات اور رضامندی سے متعلق سوالات

1. **CSPOA فراہم کنندگان میری معلومات کو کیسے استعمال کریں گے؟**  
اگر آپ اجازت دیتے/دیتی ہیں، تو CSPOA فراہم کنندگان آپ کی صحت سے متعلق معلومات کو درج ذیل مقاصد کے لیے استعمال کریں گے:
  - آپ کے بچے کی نگہداشت صحت میں ہم آہنگی پیدا کرنے اور ان کی نگہداشت کا انتظام کرنے کے لیے
  - یہ جانچنے کے لیے کہ آیا آپ کے پاس صحت بیمہ ہے اور وہ کن خدمات کے اخراجات کو پورا کرتا ہے
  - مطالعہ کرنے اور مریضوں کے لیے نگہداشت صحت کے نظام کو بہتر بنانے کے لیے
 آپ کا یہ انتخاب صحت بیمہ فراہم کرنے والوں کو آپ کی معلومات دیکھنے کی اجازت نہیں دیتا تاکہ وہ اس بنیاد پر فیصلہ کریں کہ آپ کو بیمہ دیا جائے یا آپ کے بل ادا کیے جائیں۔
2. **میری صحت کی معلومات کہاں سے حاصل کی جاتی ہیں؟**  
آپ کی صحت کی معلومات ان اداروں اور افراد سے حاصل کی جاتی ہیں جنہوں نے ماضی میں آپ کو نگہداشت صحت یا صحت بیمہ فراہم کیا تھا۔ ان میں شامل ہو سکتے ہیں: اسپتال، ڈاکٹر، فارمیسی، لیبارٹری، ہیلتھ پلانز (بیمہ کمپنیاں)، Medicaid پروگرام اور دیگر ادارے جو صحت سے متعلق معلومات کا تبادلہ کرتے ہیں۔ PSYCKES میں دستیاب معلومات کی فہرست کے لیے، PSYCKES ویب سائٹ [www.psyckes.org](http://www.psyckes.org) پر جائیں اور "About PSYCKES" (نفسیاتی خدمات اور طبی علم میں بہتری کا نظام) کے سیکشن میں تفصیلات دیکھیں یا اپنے علاج فراہم کنندہ سے درخواست کریں کہ وہ فہرست آپ کو پرنٹ کر کے دے۔
3. **میری صحت کی معلومات کے اشتراک پر کون سے قوانین اور ضوابط لاگو ہوتے ہیں؟**  
صحت کی معلومات کے اشتراک پر مندرجہ ذیل قوانین اور ضوابط لاگو ہوتے ہیں: نیو یارک ذہنی حفظان صحت قانون سیکشن 33.13، نیویارک پبلک ہیلتھ قانون آرٹیکل F-27 وفاقی رازداری کے قوانین بشمول 42 CFR Part 2 اور 45 CFR Parts 160 اور 164، جو کہ "صحت بیمہ پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی ایکٹ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)" کہلاتے ہیں۔
4. **اگر میں اجازت دوں تو میری معلومات کون دیکھ سکتا ہے؟**  
صرف وہی افراد آپ کی صحت کی معلومات دیکھ سکتے ہیں جنہیں آپ نے اس کی اجازت دی ہے، جیسے کہ ڈاکٹر، CSPOA سے وابستہ وہ افراد جو آپ کے بچے کی نگہداشت صحت میں شامل ہیں یا CSPOA فراہم کنندگان کے وہ ملازمین جو آپ کے بچے کے لیے صحت کا بیمہ چیک کرنے یا صحت کی خدمات کو بہتر بنانے کے لیے کام کرتے ہیں۔
5. **اگر میری معلومات کسی ایسے شخص نے استعمال کی ہوں جس کو میں نے اجازت نہیں دی، تو کیا ہو گا؟**  
اگر آپ کو لگے کہ کسی فرد نے آپ کے بچے کی معلومات استعمال کی ہیں اور آپ نے اس کی اجازت نہیں دی تھی، تو آپ مندرجہ ذیل اداروں میں سے کسی ایک سے رابطہ کر سکتے ہیں: وہ فراہم کنندہ جس کو آپ نے اپنی معلومات دیکھنے کی اجازت دی تھی CSPOA: 347-396-7205 یونائیٹڈ اسٹیٹس اٹارنی کا دفتر: 212-637-2800، نیو یارک اسٹیٹ آفس برائے ذہنی صحت کسٹمر ریلیشنز: 800-597-8481
6. **میری رضامندی کب تک مؤثر رہے گی؟**  
آپ کی دی گئی رضامندی اس وقت تک مؤثر رہے گی جب تک: آپ اپنی رضامندی واپس نہیں لیتے، CSPOA کا پروگرام بند نہیں ہو جاتا یا CSPOA سے آخری سروس حاصل کرنے کے بعد تین سال مکمل نہیں ہو جاتے، جو بھی پہلے ہو۔

**7. اگر میں بعد میں اپنا فیصلہ بدل کر اپنی رضامندی واپس لینا چاہوں تو کیا ہو گا؟**

آپ کسی بھی وقت اپنی رضامندی واپس لے سکتے/سکتی ہیں۔ اس کے لیے "رضامندی واپس لینے کا فرام" پر دستخط کر کے اسے CSPOA کو دینا ہو گا۔ یہ فارم حاصل کرنے کے لیے، 347-396-7205 پر کال کریں۔ نوٹ: یہ بات یاد رکھیں کہ اگر آپ بعد میں اپنی رضامندی واپس لے بھی لیں، تب بھی وہ فراہم کنندگان جن کے پاس پہلے سے آپ کی معلومات موجود ہیں، انہیں اپنے ریکارڈ سے حذف کرنے کے پابند نہیں ہوں گے۔

**8. میں اس فارم کی کاپی کیسے حاصل کر سکتا/سکتی ہوں؟**

آپ اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد اس کی ایک کاپی حاصل کر سکتے/سکتی ہیں۔