



নিউ ইয়র্ক সিটি শিশুদের একক প্রবেশাধিকার পয়েন্ট তথ্য প্রকাশের অনুমোদন

সন্তান/পিতামাতার নাম:	জন্ম তারিখ:
-----------------------	-------------

আমি, _____, নিউ ইয়র্ক সিটি স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধি দপ্তরকে শিশুদের একক প্রবেশাধিকার পয়েন্ট (Children's Single Point of Access, CSPOA)-এর মাধ্যমে নিম্নলিখিত তথ্য প্রকাশ, গ্রহণ বা অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিচ্ছি, যা আমার সন্তানের (বা যদি আমার বয়স 18 বছর বা তার বেশি হয়, তাহলে আমার সম্পর্কে) সংক্রান্ত।

সমস্ত শিক্ষাগত, চিকিৎসা, নেশার পদার্থের ব্যবহারের চিকিৎসা এবং মানসিক স্বাস্থ্য মূল্যায়ন, যার মধ্যে রয়েছে ইউনিভার্সাল রেফারেল ফর্ম; মনোরোগ সংক্রান্ত এবং মনোবৈজ্ঞানিক মূল্যায়ন; মনোসামাজিক মূল্যায়ন; ডিসচার্জ রিপোর্ট; সমস্ত ক্লিনিকাল ডেটা; একজন স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, যিনি একজন মানসিক স্বাস্থ্য কর্মীও, তার দ্বারা রেকর্ড করা মনোচিকিৎসা নোট (psychotherapy notes), যা ব্যক্তিগত, দলগত, যৌথ বা পারিবারিক কাউন্সেলিং সেশনের আলোচনার বিষয়বস্তু বিশ্লেষণ বা নথিভুক্ত করতে ব্যবহৃত হয় এবং যা আমার অন্যান্য চিকিৎসা সংক্রান্ত রেকর্ডগুলি থেকে আলাদা হতে পারে; CSPOA কর্তৃক সংগৃহীত বা রাখা সমস্ত তথ্য; এবং নিচের বাক্সে তালিকাভুক্ত অন্যান্য তথ্য:

অন্যান্য তথ্য প্রকাশ করা হবে [যদি প্রকাশিত তথ্য 42 CFR Part 2 -এর আওতায় থাকে, তাহলে সঠিক তথ্য এখানে তালিকাভুক্ত করুন]:

আমি CSPOA-কে উপরে তালিকাভুক্ত তথ্য যে কোনো হেলথ প্ল্যান, চিকিৎসক, স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার, হাসপাতাল, ক্লিনিক, পরীক্ষাগার, ফার্মেসি, চিকিৎসা সংক্রান্ত সুবিধা, অথবা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, সমাজকর্মী, সমাজসেবা সংস্থা, মানসিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, অথবা নিচের বাক্সে তালিকাভুক্ত অতিরিক্ত ব্যক্তি(গুলি) বা সংস্থা(গুলি) কে প্রকাশ করার এবং গ্রহণ করার বা অ্যাক্সেস পাওয়ার অনুমতি দিচ্ছি যারা আমার সন্তানকে বা আমার সন্তানের পক্ষে (অথবা আমার বয়স 18 বছর বা তার বেশি হলে আমার পক্ষ থেকে) অর্থ প্রদান, চিকিৎসা বা পরিষেবা প্রদান করেছে বা প্রদান করবে:

তথ্য প্রকাশের জন্য অন্য ব্যক্তি (ব্যক্তিদের) বা প্রতিষ্ঠানের নাম [যদি প্রকাশিত তথ্য 42 CFR Part 2 -এর অধীন হয়, তাহলে সঠিক ব্যক্তি(দের) বা সংস্থা(গুলি) এবং তথ্য গ্রহণকারী যোগাযোগের নাম তালিকাভুক্ত করুন]:

আমার দ্বারা প্রত্যাহার করা হলে এই অনুমোদনের মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে, যদি না নিচের বাক্সে কোনও তারিখ বা ঘটনা উল্লেখ করা থাকে:

যে তারিখ বা ইভেন্টে এই অনুমোদনের মেয়াদ শেষ হবে:

এই তথ্য CSPOA আমার অনুরোধে এবং/অথবা পরিষেবার মূল্যায়ন, যোগ্যতা নির্ধারণ, পরিষেবার জন্য রেফারাল, অথবা আমার সন্তানের (অথবা যদি আমার বয়স 18 বছর বা তার বেশি হয়, তবে আমার) জন্য পরিষেবা প্রদান করার উদ্দেশ্যে প্রকাশ বা গ্রহণ করছে, এবং/অথবা নিচের বাক্সে তালিকাভুক্ত উদ্দেশ্যের জন্য:

প্রকাশের অন্যান্য উদ্দেশ্য(গুলি):

আমি বুঝেছি যে আমাকে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করতে হবে না এবং স্বাক্ষর করতে অস্বীকৃতি জানানোর ফলে আমার সন্তানের চিকিৎসা পাওয়ার ক্ষমতাকে (অথবা আমার বয়স যদি 18 বছর বা তার বেশি হয়) খর্ব করবে না, এবং এটি আমার সন্তানের পরিষেবা পাওয়ার যোগ্যতাকে (অথবা আমার বয়স যদি 18 বছর বা তার বেশি হয় তবে আমার যোগ্যতা) খর্ব করবে না। কিছু ব্যতিক্রম ছাড়া, প্রকাশিত তথ্য প্রাপক পুনরায় প্রকাশ করতে পারেন।

আমি আরও বুঝতে পারছি যে কোনো সময় এই ঠিকানায় লিখে আমার এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আছে: DOHMH, Attn: CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101. আমি জানি যে আমার সন্তানের (অথবা আমার বয়স যদি 18 বছর বা তার বেশি হয়) তথ্য ব্যবহার এবং/অথবা প্রকাশ করার জন্য আমি যাদের অনুমোদন দিয়েছি, তারা যদি ইতিমধ্যেই আমার অনুমোদনের কারণে পদক্ষেপ নিয়ে থাকে, তাহলে আমার প্রত্যাহার কার্যকর হবে না।

আইন দ্বারা অনুমোদিত রোগী বা প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

3.25 Bengali