

## HIPAA (OCA-960) অনুসারে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের অনুমতিপত্র সম্পূর্ণ করার নির্দেশাবলী

এই নির্দেশাবলী আপনাকে HIPAA (OCA-960) অনুসারে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের অনুমতিপত্র সম্পূর্ণ করতে সহায়তা করবে। এটি গুরুত্বপূর্ণ যেন আপনি ফর্মের প্রতিটি লাইন ভাল করে পড়ে নেন এবং নিশ্চিত করেন যে আপনি প্রতিটি বক্স সঠিকভাবে পূরণ করেছেন। ফর্মটি সম্পূর্ণভাবে পূরণ না করলে HRA আপনার অনুরোধ বাতিলও করে দিতে পারে।

1. আপনি একজন MEDICAID গ্রাহক হলে, অন্য কোনো ব্যক্তি বা সংস্থাকে আপনার Medicaid রেকর্ড প্রদান করার জন্য HRA -কে অনুমতি প্রদান করতে এই নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন। **নির্দিষ্ট ভাবে বলা না থাকলে প্রতিটি প্রশ্নের উত্তর দিতে হবে।**

- **ওপরে** – যেখানে বক্সগুলিতে রোগীর নাম, জন্ম তারিখ, সামাজিক সুরক্ষা নম্বর এবং রোগীর ঠিকানা দিতে বলা হয়েছে সেখানে আপনার তথ্য লিখুন।
- **লাইন 1-6** – পড়ুন এবং বুঝুন।
- **লাইন 7** – যে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বা সংস্থাকে এই তথ্য প্রদান করা হবে তার নাম ও ঠিকানা: প্রিন্ট করুন বা টাইপ করুন; NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013.
- **লাইন 8** – যে ব্যক্তির কাছে এই তথ্য পাঠানো হবে সেই ব্যক্তির (ব্যক্তিদের) নাম ও ঠিকানা বা তাঁর বিভাগ: আপনার তথ্য যে ব্যক্তি বা গ্রুপ (উদাহরণ: আইনি প্রতিষ্ঠান)পাবে বলে আপনি চান তার নাম ও ঠিকানা লিখুন। আমরা এই ঠিকানাতেই অনুরোধকৃত রেকর্ডগুলি পাঠাব।
- **লাইন 9(a)** – কোন নির্দিষ্ট তথ্যগুলি প্রকাশ করতে হবে: আপনি আমাদের কি ধরনের তথ্য প্রদান করার অনুমতি দিতে চান তা বলুন।

### প্রথম বক্স

- আপনি যদি চান যে আমরা আপনার আংশিক Medicaid রেকর্ড প্রদান করি তাহলে প্রথম বক্সটিতে টিক করুন (কত তারিখ থেকে মেডিকেল রেকর্ড) এবং কত তারিখ থেকে শুরু করে কত তারিখ পর্যন্ত তা লিখুন;

### দ্বিতীয় বক্স

- আপনি যদি চান যে আমরা আপনার সম্পূর্ণ Medicaid রেকর্ড প্রদান করি তাহলে দ্বিতীয় বক্সটিতে টিক করুন (সমগ্র মেডিকেল রেকর্ড); এবং

### অন্যান্য বক্স

- আপনি যদি চান যে আমরা সেসব তথ্য প্রদান করি যার সাথে বক্স 1 বা 2 এর তথ্যের মিল নেই, তাহলে “অন্যান্য” বক্সে টিক দিন। আপনি যে তথ্যগুলি আমাদের দেওয়ার অনুমতি দিচ্ছেন তার একটি স্পষ্ট বিবরণ প্রিন্ট করুন বা টাইপ করুন।

**গুরুত্বপূর্ণ:** আপনি যদি চান যে HRA অ্যালকোহল বা মাদকাসক্তির চিকিৎসার, মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য, বা HIV-সম্পর্কিত তথ্য যেগুলি আপনার রেকর্ডে থাকতে পারে, সেগুলি প্রদান করুক, তাহলে আইটেম 9(a) তে তালিকাভুক্ত যে তথ্যগুলি আমাদের দেওয়ার অনুমতি প্রদান করছেন তার প্রত্যেকটির পরে আপনার স্বাক্ষর করুন। আপনি যদি চান যে আমরা যেন এই ধরনের তথ্যগুলি না প্রদান করি, তাহলে লাইনগুলি খালি রেখে দিন।

- লাইন 9(b) – স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য আলোচনা করার অনুমতি (প্রিঙ্ক):
    - আপনি যদি চান যে HRA আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য অন্য কারুর সাথে আলোচনা করুক, (b) এর ঠিক পরের বক্সটিতে টিক করুন এবং প্রথম লাইনে আপনার স্বাক্ষর করুন।
    - প্রিন্ট করুন অথবা “স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নাম” লাইনে “NYC HRA” লিখুন।
    - আমরা যে ব্যক্তি, আইনজীবী, আইনি প্রতিষ্ঠান, সংস্থা বা গ্রুপের সাথে আপনার তথ্য সম্পর্কে আলোচনা করতে পারি তাঁর/তাদের নাম প্রিন্ট বা টাইপ করুন।
  - লাইন 10 – তথ্য প্রকাশের কারণ: আমাদেরকে বলুন, কেন আপনি চাইছেন যে HRA অন্য কাউকে আপনার তথ্য প্রদান করুক। Medicaid গ্রাহক হিসাবে, আপনাকে আইটেম 10 এর শুধুমাত্র প্রথম বক্সটিতে টিক করতে হবে। আপনি যদি চান যে HRA অন্য কোনো কারণে আপনার তথ্য প্রদান করুক, তাহলে “অন্যান্য” বক্সটিতে টিক করুন এবং কারণটি প্রিন্ট বা টাইপ করুন।
  - লাইন 11 – তারিখ বা উপলক্ষ যখন এই অনুমোদনের পরিসমাপ্তি ঘটবে: আমাদের কবে তথ্য প্রদান করা বন্ধ করতে হবে তা লিখুন (উদাহরণস্বরূপ, “12/31/2030” বা “মকদ্দমা শেষ হলে”)।
  - লাইন 12 এবং 13 ছেড়ে দিন
  - নীচের লাইন – নাম স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন।
2. **আপনি MEDICAID গ্রাহকের একজন প্রতিনিধি হলে, HRA কে গ্রাহকের Medicaid রেকর্ডগুলি গ্রাহকের হয়ে অন্য কোনো ব্যক্তি বা গ্রুপকে প্রদান করার অনুমতি দিতে এই নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন। নির্দিষ্ট করে বলা না থাকলে সকল প্রশ্নগুলির উত্তর পূরণ করুন।**
- ওপরে – যথাযথ বক্সগুলিতে গ্রাহকের নাম, জন্ম তারিখ, সামাজিক সুরক্ষা নম্বর এবং ঠিকানা প্রিন্ট বা টাইপ করুন।
  - লাইন 1-6: পড়ুন এবং বুঝুন।
  - লাইন 7 থেকে 11 পর্যন্ত: ওপরে বিভাগ 1 এ যেমনভাবে বলা হয়েছে সেরকম ভাবে পূরণ করুন
  - লাইন 12 – রোগী (গ্রাহক) না হলে, ফর্মে স্বাক্ষর করা ব্যক্তির নামটি লিখুন: আপনার নাম প্রিন্ট বা টাইপ করুন।
  - লাইন 13 – রোগীর হয়ে স্বাক্ষর করার অধিকার: কোন অধিকার বলে আপনি গ্রাহকের হয়ে স্বাক্ষর করছেন তা আমাদের বলুন। নথিটির একটি কপি আমাদের প্রদান করুন।
- গুরুত্বপূর্ণ:** গ্রাহক স্বাক্ষর না করার জন্য বা স্বাক্ষর করতে না পারার জন্য আপনি যদি গ্রাহকের হয়ে স্বাক্ষর করে থাকেন, তাহলে আপনাকে অতি অবশ্যই আপনার স্বাক্ষর করার অধিকারের প্রমাণপত্র জমা করতে হবে। অধিকারের প্রমাণপত্রের উদাহরণগুলির মধ্যে অন্তর্ভুক্ত: বৈধ পাওয়ার অফ অ্যাটর্নী,\* প্রশাসনের চিঠি বা ব্যক্তির অভিভাবক হিসাবে নিযুক্ত হওয়ার একটি আদেশ এবং গার্ডিয়ান কমিশনের কাগজপত্র।
3. নীচের লাইন – নাম স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন।

\* নিউইয়র্ক সাধারণ দায়বদ্ধতা আইনের (New York General Obligations Law) সেক্টম্বর 2010 এর সংযোজন অনুসারে, একটি পাওয়ার অফ অ্যাটর্নী (POA) শুধুমাত্র তখনই বৈধ হবে যখন সেটি প্রিন্সিপাল এবং এজেন্ট উভয় দ্বারাই স্বাক্ষরিত হবে। POA টিতে অতি অবশ্যই “প্রিন্সিপালের জন্য সাবধানতা” এবং “এজেন্টের জন্য গুরুত্বপূর্ণ তথ্য” বিভাগগুলি সহ নিউইয়র্ক সাধারণ দায়বদ্ধতা আইনের (GOB) §5-1501(B) প্রয়োজনীয় ভাষা থাকতে হবে। NY GOB § 5-1513 (2014) থেকে নেওয়া সংযুক্ত করা পাওয়ার অফ অ্যাটর্নী, নিউইয়র্ক বিধিবদ্ধ সংক্ষিপ্ত ফর্মের নমুনা দেখুন।