

এই বিজ্ঞপ্তিটি বর্ণনা করে যে আপনার সম্পর্কে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য কীভাবে ব্যবহার করা যেতে পারে এবং প্রকাশ করা যেতে পারে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্যে অ্যাক্সেস করতে পারেন। অনুগ্রহ করে এটিকে মনোযোগ সহকারে পড়ুন।

নিউ ইয়র্কের Medicaid প্রোগ্রাম কিভাবে আমরা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করি, শেয়ার করি এবং সুরক্ষিত করি তা থাকা আবশ্যিক। নিউ ইয়র্কের Medicaid প্রোগ্রাম নিয়মিত Medicaid এবং Medicaid ম্যানেজড কেয়ার অন্তর্ভুক্ত। নিউইয়র্কের স্বাস্থ্য দপ্তর ও স্থানীয় সমাজ পরিষেবা বিভাগ দ্বারা এই প্রোগ্রামটি পরিচালিত।

### আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যক্তিগত

আমাদের অবশ্যই আপনার তথ্য গোপন রাখতে হবে, আমাদের প্রয়োজন হলেই আপনার তথ্য শেয়ার করতে হবে এবং এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত গোপনীয়তা অনুশীলনগুলি অনুসরণ করতে হবে। HIV/AIDS বা মাদক ও অ্যালকোহল পরিষেবা গ্রহণকারী ব্যক্তিদের নাম রক্ষা করার জন্য আমাদের অবশ্যই বিশেষ প্রচেষ্টা করতে হবে।

### নিউ ইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম এর কোন স্বাস্থ্য তথ্যের অ্যাক্সেস আছে?

আপনি যখন Medicaid-এর জন্য আবেদন করেছিলেন, তখন আপনি আমাদের আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কে তথ্য দিয়েছিলেন। আপনার ডাক্তার, ক্লিনিক, হাসপাতাল, ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যান এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা পেমেন্টের জন্য দাবি জমা দিলে আমরা আপনার স্বাস্থ্য, চিকিৎসা এবং ওষুধ সম্পর্কে তথ্যও পাই।

### নিউ ইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করে এবং শেয়ার করে?

আমাদের অবশ্যই আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য শেয়ার করতে হবে যখন:

- আপনি বা আপনার প্রতিনিধি আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের জন্য অনুরোধ করুন।
- সরকারী সংস্থাগুলি আইন দ্বারা অনুমোদিত তথ্যের জন্য অনুরোধ করে, যেমন অডিট।
- আমাদের আইন দ্বারা আপনার তথ্য শেয়ার করা আবশ্যিক।

আপনার Medicaid আবেদনে, আপনি নিউ ইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম কে আপনার স্বাস্থ্যের যত্নের জন্য অর্থ প্রদানের জন্য এবং প্রোগ্রাম পরিচালনা করার জন্য আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করার এবং শেয়ার করার ক্ষমতা দেন। উদাহরণস্বরূপ, আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার এবং শেয়ার করি:

- আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং/অথবা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর বিল পরিশোধ করুন।
- নিশ্চিত করুন যে আপনি মানসম্পন্ন স্বাস্থ্য পরিষেবা পাচ্ছেন এবং সমস্ত নিয়ম ও আইন অনুসরণ করা হচ্ছে।

আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য পর্যালোচনা করতে পারি:

- আপনি সঠিক চিকিৎসা পদ্ধতি বা স্বাস্থ্যসেবা সরঞ্জাম পেয়েছেন কিনা তা নির্ধারণ করুন।
- আপনার স্বাস্থ্য সুবিধার গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন সম্পর্কে আপনার সাথে যোগাযোগ করুন।
- নিশ্চিত করুন যে আপনি সঠিক স্বাস্থ্য প্রোগ্রামে নথিভুক্ত হয়েছেন।
- অন্যান্য বীমা কোম্পানি থেকে পেমেন্ট সংগ্রহ করুন।

- Medicare পার্ট D বা আপনার জন্য আরও সাশ্রয়ী হতে পারে এমন অন্যান্য বীমা প্রোগ্রামগুলির জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করে।

আমরা সীমিত পরিস্থিতিতে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং শেয়ার করতে পারি:

- স্বাস্থ্য যত্ন অধ্যয়ন। আমরা আরও ভাল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের উপায় খুঁজে পেতে অনেক গ্রাহকের স্বাস্থ্য তথ্য দেখতে পারি।
- ফেডারেল এবং স্টেট আইন দ্বারা অনুমোদিত আপনার বা আপনার কমিউনিটির জন্য গুরুতর স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তা সমস্যা প্রতিরোধ বা প্রতিক্রিয়া।

অন্যান্য ব্যবহার এবং প্রকাশের জন্য আপনার লিখিত অনুমোদন প্রয়োজন:

- সাইকোথেরাপি মন্তব্য
- ভর্তুকিযুক্ত চিকিত্সা যোগাযোগ সহ বিপণনের উদ্দেশ্যে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের ব্যবহার এবং প্রকাশ
- প্রকাশ যা আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের বিক্রয় তৈরি করে।

এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত যেকোনো উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করার জন্য আমাদের অবশ্যই আপনার লিখিত অনুমতি থাকতে হবে, যদি না আমাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য আইনের অধীনে তা করার প্রয়োজন হয়।

## আপনার অধিকার কী?

আপনার বা আপনার প্রতিনিধিদের অধিকার আছে:

- এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপি পান।
- আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের একটি অনুলিপি দেখুন বা পান। যদি আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করা হয়, তাহলে আপনার অস্বীকৃতি পর্যালোচনা করার অধিকার রয়েছে।
- আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য পরিবর্তন করতে বলুন। আমরা সমস্ত অনুরোধকে সম্মান করব, কিন্তু আপনার ডাক্তার, ক্লিনিক, হাসপাতাল বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর পাঠানো বিলগুলিতে পরিবর্তন করতে পারব না।
- আমরা যেভাবে ব্যবহার করি এবং আপনার তথ্য শেয়ার করি তা সীমিত করতে আপনাকে বলুন। আমরা সমস্ত অনুরোধ বিবেচনা করব, কিন্তু আইন দ্বারা এই ধরনের প্রকাশের প্রয়োজন ব্যতীত, আপনি যা জিজ্ঞাসা করেন তাতে সম্মত হওয়ার প্রয়োজন নেই।
- আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা সংক্রান্ত তথ্য সম্পর্কে বিভিন্ন উপায়ে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে বলুন (উদাহরণস্বরূপ, আপনি আমাদেরকে একটি ভিন্ন ঠিকানায় আপনার ডাকযোগে পাঠাতে বলতে পারেন)।
- বিশেষ ফর্মগুলির জন্য জিজ্ঞাসা করুন যা আপনি আমাদেরকে আপনার পছন্দের কারণে সাথে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিয়ে স্বাক্ষর করেন। আপনি যে কোনো সময় আপনার অনুমতি প্রত্যাহার করতে পারেন, যদি না তথ্য ইতিমধ্যে শেয়ার করা হয়।
- যারা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য পেয়েছেন তাদের একটি তালিকা পান। এই তালিকায় আপনার বা আপনার প্রতিনিধি দ্বারা অনুরোধ করা স্বাস্থ্য তথ্য, নিউ ইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম পরিচালনার জন্য ব্যবহৃত তথ্য, বা আইন প্রয়োগকারী উদ্দেশ্যে প্রদত্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকবে না।
- আপনার অনিরাপদ সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের কোনো লঙ্ঘন সম্পর্কে আমাদের অবহিত করুন।

এই বিজ্ঞপ্তির একটি বৈদ্যুতিন অনুলিপি জন্য, নিউ ইয়র্ক সিটি মানব সম্পদ প্রশাসনের ওয়েবসাইট দেখুন ([https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)). একটি বিকল্প সংস্করণ দেখতে আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ (Department of Health) ওয়েব সাইটেও দেখতে পারেন ([https://www.health.ny.gov/health\\_care/Medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/Medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm)).

**\*অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনাকে কোনো জরিমানা দেওয়া হবে না। যদি আমরা এই বিজ্ঞপ্তিতে তথ্য পরিবর্তন করি, আমরা আমাদের ওয়েবসাইটে সংশোধিত সংস্করণটি এখানে পোস্ট করব:**

([https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf))

**আপনি কি শারীরিক বা মানসিক ভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী? এই অবস্থাটি কি আপনার পক্ষে বিজ্ঞপ্তিটি বুঝতে বা এই নোটিশটিতে যা করতে বলা হয়েছে তা করা আপনার পক্ষে কঠিন করে তুলছে? এই অবস্থার কারণে কি HRA-তে অন্যান্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি। 888-692-6116 নম্বরে আমাদের কল করুন। আপনি যখন HRA অফিসে যাবেন তখনও সাহায্য চাইতে পারেন। আইনের অধীনে এই ধরনের সহায়তা চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।**