

এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি _____ Health Home-এ অন্তর্ভুক্ত হতে সম্মত হচ্ছেন। একটি Health Home-এ অন্তর্ভুক্ত থাকতে, আপনাকে আরও ভাল সেবা প্রদান করার জন্য স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী এবং আপনার সেবার সাথে জড়িত অন্যান্য ব্যক্তিদের আপনার সেবার বিষয়ে একে অপরের সাথে কথা বলতে এবং একে অপরের সাথে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করার সক্ষমতা থাকতে হবে। যদিও একটি Health Home-এ থাকা আপনাকে প্রয়োজনীয় সেবা পাওয়া নিশ্চিত করতে সাহায্য করবে, তবুও আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর না করলেও বা Health Home-এ অন্তর্ভুক্ত হতে না চাইলেও স্বাস্থ্য সেবা এবং স্বাস্থ্য বীমা পেতে পারবেন।

Health Home এই ফর্মের শেষে তালিকাভুক্ত অংশীদার এবং আইনিভাবে এটি পাওয়ার অনুমতিপ্রাপ্ত অন্যান্যদের কাছ থেকে এবং/অথবা নিম্নলিখিত কম্পিউটার সিস্টেমের মাধ্যমে অন্যান্যদের কাছ থেকে আপনার স্বাস্থ্য রেকর্ডসহ আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ ও শেয়ার করতে পারে:

- নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ (New York State Department of Health) দ্বারা পরিচালিত নিউ ইয়র্কের স্টেটব্যাপী স্বাস্থ্য তথ্য নেটওয়ার্ক (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY)। SHIN-NY তাদের ডাক্তার এবং স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের কাছ থেকে চিকিৎসা রেকর্ডসহ স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ ও সংরক্ষণ করে। SHIN-NY শুধুমাত্র সেই সমস্ত লোকদের সাথেই আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করতে পারে যাদের আপনি আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য দেখার বা প্রাপ্ত করার অনুমতি দেন;
- নিউ ইয়র্ক স্টেট মানসিক স্বাস্থ্য অফিস (New York State Office of Mental Health) দ্বারা পরিচালিত PSYCKES। PSYCKES হলো একটি কম্পিউটার সিস্টেম যা Medicaid প্রোগ্রামের অংশ এমন আপনার ডাক্তার এবং স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের কাছ থেকে আপনার স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য সংগ্রহ ও সংরক্ষণ করে;
- নিউ ইয়র্ক স্টেটের বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতায়ুক্ত ব্যক্তিদের জন্য অফিস (New York State Office for People With Developmental Disabilities) দ্বারা পরিচালিত TABS/CHOICES। TABS/CHOICES হলো একটি কম্পিউটার সিস্টেম যা আপনার বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ ও সংরক্ষণ করে;
- নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ দ্বারা পরিচালিত নিউ ইয়র্ক ইউনিফর্ম অ্যাসেসসমেন্ট সিস্টেম (Uniform Assessment System NY, UASNY)। UASNY হলো একটি সুরক্ষিত স্টেটব্যাপী ডেটাবেস যা পরিষেবা গ্রহণকারী প্রতিটি ব্যক্তির শনাক্তকারী তথ্য এবং সম্পন্নকৃত মূল্যায়ন সংগ্রহ ও সংরক্ষণ করে।

আপনি যদি সম্মত হন এবং এই ফর্মে স্বাক্ষর করেন, তবে Health Home এবং এই ফর্মে তালিকাভুক্ত অংশীদারদেরকে আপনাকে পরিচর্যা প্রদান করতে, আপনার পরিচর্যা পরিচালনা করতে বা সদস্যদের জন্য স্বাস্থ্য সেবা উন্নত করতে আপনার পরিচর্যা বিষয়ে জানতে প্রয়োজনীয় আপনার সকল স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য (SHIN-NY এবং/অথবা PSYCKES এবং/অথবা TABS/CHOICES এবং/অথবা UASNY থেকে Health Home আপনার যে সকল স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রাপ্ত করে তা সহ) সংগ্রহ করার, দেখার, পড়ার ও কপি করার এবং একে অপরের সাথে শেয়ার করার অনুমতি দেওয়া হবে। স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য আপনার এই ফর্মে স্বাক্ষর করার পূর্বের এবং পরের তারিখের হতে পারে। আপনার স্বাস্থ্য রেকর্ডে আপনার পূর্বে হওয়া বা হয়ে থাকতে পারে এমন অসুস্থতা বা আঘাতের তথ্য; এক্স-রে বা রক্ত পরীক্ষার মতো পরীক্ষার ফলাফল; এবং আপনি এখন যে সমস্ত ওষুধ সেবন করছেন বা পূর্বে সেবন করেছেন সে সম্পর্কিত তথ্য থাকতে পারে। আপনার স্বাস্থ্য রেকর্ডে নিম্নলিখিত বিষয়ক তথ্যও থাকতে পারে:

1. অ্যালকোহল বা মাদক ব্যবহারের প্রোগ্রামসমূহ যেখানে আপনি একজন সদস্য হিসাবে বর্তমানে যুক্ত আছেন বা পূর্বে যুক্ত ছিলেন;
2. গর্ভনিরোধক এবং গর্ভপাতের মতো পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবা;
3. বংশানুক্রমিক রোগ;
4. HIV/AIDS;
5. মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থা;
6. বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতার নির্ণয় ও সেবা; এবং/অথবা,
7. যৌনবাহিত রোগ (যৌন মিলনের মাধ্যমে যে সমস্ত রোগ আপনার হতে পারে)।

আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য গোপনীয় এবং নিউ ইয়র্ক স্টেট এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রীয় আইন ও বিধি অনুসারে আপনার অনুমতি ছাড়া অন্য ব্যক্তিদের দেওয়া যাবে না। অংশীদার এবং Health Home যারা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রাপ্ত করতে এবং দেখতে পারে, তাদের অবশ্যই এই সমস্ত আইন ও বিধি মেনে চলতে হবে। আপনি সম্মত না হলে বা আইনিভাবে অনুমতি না পাওয়া পর্যন্ত তারা আপনার তথ্য অন্য কোনো ব্যক্তিকে দিতে পারে না। আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কোনো কম্পিউটার সিস্টেমে থাকুক বা কাগজে থাকুক না কেন এই নিয়ম প্রযোজ্য। কিছু আইন HIV/AIDS-এর পরিচর্যা, মানসিক স্বাস্থ্যের রেকর্ড এবং মাদক ও অ্যালকোহল ব্যবহার সম্পর্কিত সেবাকে আওতাভুক্ত করে। এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি প্রয়োজন অনুযায়ী পরিচর্যা ও পরিষেবা সমন্বয় করতে আপনার HIV/AIDS-এর অবস্থা, মানসিক স্বাস্থ্য এবং মাদক ও অ্যালকোহলের ব্যবহার সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ এবং শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছেন।

স্বাক্ষর করার পূর্বে অনুগ্রহ করে এই ফর্মের সমস্ত তথ্য পড়ে নিন।

আমি _____

Health Home-এ

অন্তর্ভুক্ত হতে সম্মত এবং এতে সম্মতি দিচ্ছি যে Health Home আমাকে সেবা দেওয়ার জন্য বা আমার সেবা পরিচালনা করার জন্য, আমি কোনো স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় অন্তর্ভুক্ত আছি কিনা এবং এতে কী কী আওতাভুক্ত রয়েছে তা পরীক্ষা করার জন্য এবং গবেষণার মাধ্যমে সকল সদস্যের সেবাকে আরও উন্নত করার জন্য এই ফর্মের শেষে তালিকাভুক্ত অংশীদারদের কাছ থেকে এবং SHIN-NY এবং/অথবা PSYCKES এবং/অথবা TABS/CHOICES এবং/অথবা UASNY-এর মাধ্যমে অন্যান্যদের কাছ থেকে আমার সকল স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করতে পারবে। আমি এ বিষয়েও সম্মত যে Health Home এবং এই ফর্মের শেষে তালিকাভুক্ত অংশীদাররা একে অপরের সাথে এবং আইনিভাবে এটি পাওয়ার অনুমতিপ্রাপ্ত অন্যান্যদের সাথে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করতে পারবে। আমি বুঝতে পারছি যে এই সম্মতি ফর্মটি আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করার জন্য পূর্বে আমার স্বাক্ষর করা অন্যান্য Health Home রোগী/সদস্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ারিং সম্মতি ফর্মের স্থান দখল করবে। আমি আমার কেয়ার ম্যানেজার, কেয়ার ম্যানেজমেন্ট এজেন্সি, বা Health Home-এর সাথে যোগাযোগ করে যেকোনো সময় আমার মতামত পরিবর্তন করতে পারি এবং আমার সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারি।

সদস্যের নাম বড় হরফে লিখুন: _____ সদস্যের জন্ম তারিখ: _____

সদস্য বা সদস্যের আইনগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

আইনগত প্রতিনিধির নাম বড় হরফে লিখুন (প্রযোজ্য হলে): _____

সদস্যের সাথে আইনগত প্রতিনিধির সম্পর্ক (প্রযোজ্য হলে): _____

সদস্যের তথ্য এবং সম্মতি প্রক্রিয়া সম্পর্কিত বিবরণ

1. অংশীদাররা কীভাবে আমার তথ্য ব্যবহার করবে?

আপনি সম্মত হলে, অংশীদাররা নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহার করবে:

- আপনাকে স্বাস্থ্য সেবা দিতে এবং আপনার সেবা পরিচালনা করতে;
- আপনার স্বাস্থ্য বীমা আছে কিনা এবং এতে কিসের খরচ দেওয়া হয় তা পরীক্ষা করতে; এবং,
- গবেষণা করতে এবং সদস্যদের স্বাস্থ্য সেবা আরও উন্নত করতে।

আপনার করা এই সিদ্ধান্ত স্বাস্থ্য বীমাকারীদের আপনাকে স্বাস্থ্য বীমা দেওয়া হবে কিনা বা আপনার বিল পরিশোধ করা হবে কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য আপনার তথ্য দেখার অনুমতি দেয় না। আপনি একটি পৃথক ফর্মে সেই সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যা স্বাস্থ্য বীমাকারীদের অবশ্যই ব্যবহার করতে হবে।

2. আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কোথা থেকে আসে?

আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এমন সব স্থান এবং ব্যক্তি থেকে আসে যারা পূর্বে আপনাকে স্বাস্থ্য সেবা বা স্বাস্থ্য বীমা প্রদান করেছেন। এগুলির মধ্যে হাসপাতাল, ডাক্তার, ওষুধের দোকান, ল্যাবরেটরি, বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা সংক্রান্ত সেবা প্রদানকারী, স্বাস্থ্য পরিকল্পনা (বীমা কোম্পানি), Medicaid প্রোগ্রাম এবং স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করে এমন অন্যান্য গোষ্ঠী অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আপনি _____-এ কল করে বা আপনার কেয়ার ম্যানেজারের সাথে কথা বলে সমস্ত স্থান এবং ব্যক্তির একটি তালিকা পেতে পারেন।

3. কী কী আইন ও বিধি আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেয়ারের বিষয়টিকে আওতাভুক্ত করে?

এই আইন ও বিধিমালার মধ্যে রয়েছে নিউ ইয়র্ক মানসিক স্বাস্থ্যবিধি আইন (New York Mental Hygiene Law)-এর ধারা 33.13, নিউ ইয়র্ক জনস্বাস্থ্য আইন (New York Public Health Law)-এর অনুচ্ছেদ 27-F, এবং 42 CFR পার্ট 2 এবং 45 CFR পার্ট 160 এবং 164 সহ ফেডারেল গোপনীয়তার নিয়মসমূহ (যা “HIPAA” নামে পরিচিত নিয়মাবলী)। 10 NYCRR পার্ট 300 - নিউ ইয়র্কের স্টেটব্যাপী স্বাস্থ্য তথ্য নেটওয়ার্ক (SHIN-NY)।

4. আমি সম্মত হলে, কে আমার তথ্য পেতে ও দেখতে পারবে?

কেবলমাত্র সেইসব ব্যক্তিরাই আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য দেখতে পাবেন যাদের আপনি দেখার বা প্রাপ্ত করার জন্য অনুমতি প্রদান করেন, যেমন ডাক্তার এবং Health Home-এর কোনো অংশীদারের অধীনে কর্মরত অন্যান্য ব্যক্তি যারা আপনার স্বাস্থ্য সেবায় নিয়োজিত আছেন; Health Home-এর কোনো অংশীদারের হয়ে কর্মরত স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী যারা আপনাকে পরিচর্যা প্রদান করছেন; এবং Health Home-এর কোনো অংশীদারের হয়ে কর্মরত ব্যক্তির যারা আপনাকে পরিচর্যা প্রদান করছেন যাতে তারা আপনার স্বাস্থ্য বীমা পরীক্ষা করতে পারেন অথবা সকল সদস্যের জন্য স্বাস্থ্য সেবা উন্নত করার বিষয়ে গবেষণা করতে ও সেটিকে উন্নত করতে পারেন। আপনি যখন আপনার নিয়মিত ডাক্তার বা সেবা প্রদানকারী নন এমন কোনো ব্যক্তির কাছ থেকে সেবা গ্রহণ করেন, যেমন একটি নতুন ওষুধের দোকান, নতুন হাসপাতাল, বা অন্য কোনো প্রদানকারী, তখন কিছু তথ্য, যেমন আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা কীসের জন্য অর্থ প্রদান করে বা আপনার Health Home প্রদানকারীর নাম, তাদের দেওয়া হতে পারে বা তারা দেখতে পেতে পারেন।

5. আমি কোনো ব্যক্তিকে আমার তথ্য ব্যবহারের অনুমতি না দেওয়া সত্ত্বেও তারা যদি তা ব্যবহার করে তবে কী হবে?

এমনটা ঘটলে, আপনি:

- Medicaid হেল্পলাইনে 1-800-541-2831 নম্বরে কল করতে পারেন, অথবা
- মার্কিন স্বাস্থ্য ও মানব সেবা বিভাগ (Department of Health and Human Services), নাগরিক অধিকার অফিস (Office for Civil Rights)-এর সাথে 1-800-368-1019 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন, অথবা এখানে একটি লিখিত অভিযোগ জমা দিতে পারেন: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

আপনি আরও যা যা করতে চাইতে পারেন:

- আপনার রেকর্ড দেখার অনুমতি দিয়েছেন এমন যেকোনো একজন প্রদানকারীকে কল করতে পারেন,
- আপনার কেয়ার ম্যানেজার বা Health Home: _____-কে : _____ নম্বরে কল করতে পারেন অথবা,
- আপনি যদি কোনো Managed Care প্ল্যানের সাথে যুক্ত থাকেন, তবে আপনার Managed Care প্লানে কল করতে পারেন।

6. আমার সম্মতির মেয়াদ কতদিন থাকবে?

আপনার সম্মতি প্রত্যাহারের দিন পর্যন্ত, অথবা আপনি Health Home প্রোগ্রাম ছেড়ে দেওয়া পর্যন্ত, অথবা Health Home তাদের কার্যক্রম বন্ধ না করা পর্যন্ত আপনার সম্মতি বহাল থাকবে।

7. আমি যদি পরবর্তীতে আমার মতামত পরিবর্তন করি এবং আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে চাই তবে কী হবে?

আপনি আপনার কেয়ার ম্যানেজার, কেয়ার ম্যানেজমেন্ট এজেন্সি, বা Health Home-এর সাথে যোগাযোগ করে যেকোনো সময় আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারেন। আপনি যদি আপনার তথ্য শেয়ার করতে সম্মত হন, তবে এই ফর্মের শেষে তালিকাভুক্ত সকল Health Home অংশীদার এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্য অংশীদাররা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য পেতে সক্ষম হবেন। আপনি যদি এই ফর্মে তালিকাভুক্ত বা আইন দ্বারা অনুমোদিত Health Home অংশীদারদের আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রাপ্ত করার বিষয়ে অনিচ্ছুক হন, তবে আপনাকে Health Home প্রোগ্রাম থেকে আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করতে হবে। আপনি _____ নম্বরে কল করে এটি করতে পারেন।

নোট: পরবর্তীতে আপনি আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত নিলেও, যে সকল প্রদানকারীর কাছে আগে থেকেই আপনার তথ্য রয়েছে, তাদের সেই তথ্য আপনাকে ফেরত দেওয়ার বা তাদের রেকর্ড থেকে সরিয়ে ফেলার প্রয়োজন নেই।

8. আমি কীভাবে এই ফর্মের একটি কপি পেতে পারি?

স্বাক্ষর করার পর আপনি এই ফর্মের একটি কপি পেতে পারেন।

অংশগ্রহণকারী অংশীদারবৃন্দ

সমস্ত অংশগ্রহণকারী অংশীদারের তালিকা তৈরি করার জন্য প্রয়োজন অনুযায়ী এই পৃষ্ঠাটি কপি করুন।

সদস্যের আদ্যক্ষর: _____ তারিখ: _____

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম: _____

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম: _____

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম: _____

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম: _____

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম: _____

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম: _____

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম: _____

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম:

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম:

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম:

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম:

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম:

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম:

অংশগ্ৰহণকাৰী অংশীদাৰেৰ নাম:

অংশগ্রহণকারী অংশীদারের নাম:

অংশগ্ৰহণকাৰী আংশীদাৰেৰ নাম:

অংশগ্ৰহণকাৰী অংশীদাৰেৰ নাম:

অংশগ্ৰহণকাৰী আংশীদাৰেৰ নাম:

জাংশগতপ্ৰকাৰী জাংশীদাৰেৰ নাম:

জাঃগৱৰ্ণকাৰী জাঃসীদাৰেব নাম:

জাঃগৱৰ্ণকাৰী জাঃসীদাৰেৰ নাম:

জাংশনৰকাৰী জাংশীনাৰেৰ নাম:

संशोधनकर्ता संशोधनार्थक संस्था

का० प्र० अ० का० श्री गुरुदेव नारायण

संशोधनार्थी संशोधन का