

इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करके, आप _____ Health Home में होने के लिए सहमत होते/होती हैं। Health Home में होने के लिए, यह आवश्यक है कि आपकी देखभाल में शामिल स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता और अन्य लोग आपकी देखभाल के बारे में एक-दूसरे से बात कर सकें और आपको बेहतर देखभाल प्रदान करने के लिए एक-दूसरे के साथ आपकी स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकें। हालाँकि Health Home में होने से यह सुनिश्चित करने में मदद मिलेगी कि आपको आवश्यक देखभाल मिले, लेकिन यदि आप इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करते/करती हैं या Health Home में शामिल नहीं होना चाहते/चाहती हैं, तो भी आप स्वास्थ्य देखभाल और स्वास्थ्य बीमा प्राप्त कर सकेंगे/सकेंगी।

Health Home निम्नलिखित कंप्यूटर प्रणालियों के माध्यम से आपकी स्वास्थ्य जानकारी, जिसमें आपके स्वास्थ्य रिकॉर्ड भी शामिल हैं, इस फ़ॉर्म के अंत में सूचीबद्ध भागीदारों और इसे प्राप्त करने के लिए कानूनी रूप से अनुमत अन्य लोगों से, और/या अन्य लोगों से प्राप्त और साझा कर सकता है:

- न्यू यॉर्क स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ (New York State Department of Health) द्वारा संचालित न्यू यॉर्क के लिए राज्य व्यापी स्वास्थ्य जानकारी नेटवर्क (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY)। SHIN-NY उनके डॉक्टरों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से मेडिकल रिकॉर्ड्स सहित स्वास्थ्य जानकारी एकत्र और संग्रहित करता है। SHIN-NY आपकी स्वास्थ्य जानकारी केवल उन्हीं लोगों के साथ साझा कर सकता है जिनके बारे में आप कहते हैं कि वे आपकी स्वास्थ्य जानकारी देख या प्राप्त कर सकते हैं;
- न्यू यॉर्क स्टेट ऑफिस ऑफ़ मेंटल हेल्थ (New York State Office of Mental Health) द्वारा संचालित PSYCKES। PSYCKES आपके उन डॉक्टरों और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से आपके स्वास्थ्य उपचार को एकत्र और संग्रहित करने की एक कंप्यूटर प्रणाली है जो Medicaid कार्यक्रम का हिस्सा हैं;
- न्यू यॉर्क स्टेट ऑफिस फॉर पीपल विद डेवलपमेंटल डिसेबिलिटीज़ (New York State Office for People With Developmental Disabilities) द्वारा संचालित TABS/CHOICES। TABS/CHOICES एक कंप्यूटर प्रणाली है जो आपकी विकासत्मक अक्षमताओं के बारे में जानकारी एकत्र और संग्रहित करती है;
- न्यू यॉर्क स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ द्वारा संचालित एकसमान आकलन प्रणाली न्यू यॉर्क (Uniform Assessment System NY, UASNY)। UASNY एक सुरक्षित राज्यव्यापी डेटाबेस है जो सेवाएं प्राप्त करने वाले प्रत्येक व्यक्ति के लिए पहचान संबंधी जानकारी और पूर्ण किए गए आकलनों को दर्ज और संग्रहित करता है।

यदि आप सहमत हैं और इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करते/करती हैं, तो Health Home और इस फ़ॉर्म पर सूचीबद्ध भागीदारों को आपकी सभी स्वास्थ्य जानकारी (जिसमें Health Home द्वारा SHIN-NY और/या PSYCKES और/या TABS/CHOICES, और/या UASNY से प्राप्त आपकी सभी स्वास्थ्य जानकारी शामिल है) प्राप्त करने, देखने, पढ़ने और कॉपी करने, और एक-दूसरे के साथ साझा करने की अनुमति होगी, जिसकी आवश्यकता उन्हें आपको देखभाल देने, आपकी देखभाल का प्रबंधन करने या सदस्यों के लिए स्वास्थ्य देखभाल को बेहतर बनाने हेतु आपकी देखभाल का अध्ययन करने के लिए होती है। स्वास्थ्य जानकारी इस फ़ॉर्म पर आपके हस्ताक्षर करने की तिथि से पहले और बाद की हो सकती है। आपके स्वास्थ्य रिकॉर्ड में उन बीमारियों या चोटों के बारे में जानकारी हो सकती है जो आपको पहले हुई थीं या हो सकती हैं; परीक्षण के परिणाम, जैसे एक्स-रे या रक्त परीक्षण; और वे दवाएं जो आप अभी ले रहे हैं या पहले ले चुके भी हो सकते हैं। आपके स्वास्थ्य रिकॉर्ड में निम्नलिखित के बारे में भी जानकारी हो सकती है:

1. शराब या नशीली दवाओं के उपयोग के कार्यक्रम जिनमें आप अभी या पहले एक सदस्य के रूप में शामिल थे/थीं;
2. परिवार नियोजन सेवाएं जैसे गर्भ निरोध और गर्भपात;
3. वंशानुगत बीमारियां;
4. एचआईवी/एड्स;
5. मानसिक स्वास्थ्य स्थितियां;
6. विकासत्मक अक्षमता का निदान और सेवाएं; और/या,
7. यौन संचारित रोग (वे बीमारियां जो यौन संबंध बनाने से हो सकती हैं)।

आपकी स्वास्थ्य जानकारी निजी है और न्यू यॉर्क स्टेट तथा अमेरिकी कानूनों और नियमों के तहत आपकी अनुमति के बिना अन्य लोगों को नहीं दी जा सकती है। जो भागीदार और Health Home आपकी स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त कर सकते हैं और देख सकते हैं, उन्हें इन सभी कानूनों और नियमों का पालन करना होगा। वे आपकी जानकारी अन्य लोगों को तब तक नहीं दे सकते जब तक कि आप सहमत न हों या कानून उन्हें ऐसा करने की अनुमति न दे। यह तब भी सत्य है जब आपकी स्वास्थ्य जानकारी किसी कंप्यूटर प्रणाली में हो या फिर जब कागज़ पर हो। कुछ कानून एचआईवी/एड्स की देखभाल, मानसिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड, और नशीली दवाओं और शराब के उपयोग को कवर करते हैं। इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करके, आप आवश्यकतानुसार देखभाल और सेवाओं का समन्वय करने के लिए अपनी एचआईवी/एड्स स्थिति, मानसिक स्वास्थ्य, और नशीली दवाओं और शराब के उपयोग से संबंधित जानकारी प्राप्त करने और साझा करने की अपनी अनुमति दे रहे/रही हैं।

कृपया हस्ताक्षर करने से पहले इस फ़ॉर्म की सभी जानकारी को पढ़ें।

मैं _____ Health Home में शामिल होने के लिए सहमति देता/देती हूँ और सहमत हूँ कि Health Home मुझे देखभाल देने या मेरी देखभाल का प्रबंधन करने, मैं किसी स्वास्थ्य योजना में हूँ या नहीं और यह क्या कवर करता है यह जांचने, और सभी सदस्यों की देखभाल का अध्ययन करने और उसे बेहतर बनाने के लिए, इस फ़ॉर्म के अंत में सूचीबद्ध भागीदारों से और अन्य लोगों से SHIN-NY और/या PSYCKES और/या TABS/CHOICES और/या UASNY के माध्यम से मेरी सभी स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त कर सकता है। मैं यह भी सहमति देता/देती हूँ कि Health Home और इस फ़ॉर्म के अंत में सूचीबद्ध भागीदार मेरी स्वास्थ्य जानकारी को एक-दूसरे के साथ और उन अन्य लोगों के साथ साझा कर सकते हैं जिन्हें इसे प्राप्त करने की कानूनी रूप से अनुमति है। मैं समझता/समझती हूँ कि यह सहमति फ़ॉर्म उन अन्य Health Home रोगी/सदस्य जानकारी साझाकरण सहमति फ़ॉर्मों का स्थान लेता है जिन पर मैंने अपनी स्वास्थ्य जानकारी साझा करने के लिए पहले हस्ताक्षर किए होंगे। मैं अपने केयर मैनेजर, केयर मैनेजमेंट एजेंसी, या Health Home से संपर्क करके किसी भी समय अपना विचार बदल सकता/सकती हूँ और अपनी सहमति वापस ले सकता/सकती हूँ।

सदस्य का नाम स्पष्ट अक्षरों में लिखें: _____ सदस्य की जन्म तिथि: _____

सदस्य या सदस्य के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

कानूनी प्रतिनिधि का नाम स्पष्ट अक्षरों में (यदि लागू हो): _____

सदस्य से कानूनी प्रतिनिधि का संबंध (यदि लागू हो): _____

सदस्य की जानकारी और सहमति प्रक्रिया के बारे में विवरण

1 भागीदार मेरी जानकारी का उपयोग कैसे करेंगे?

यदि आप सहमत हैं, तो भागीदार आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग निम्नलिखित के लिए करेंगे:

- आपको स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने और आपकी देखभाल का प्रबंधन करने;
- यह जांचने कि क्या आपके पास स्वास्थ्य बीमा है और यह किस चीज़ का भुगतान करता है; और,
- सदस्यों के लिए स्वास्थ्य देखभाल का अध्ययन करने और उसे बेहतर बनाने।

आप जो चुनाव करते/करती हैं, वह स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं को यह तय करने के लिए आपकी जानकारी देखने की अनुमति नहीं देता है कि आपको स्वास्थ्य बीमा देना है या आपके बिलों का भुगतान करना है। आप यह चुनाव एक अलग फ़ॉर्म में कर सकते/सकती हैं जिसका उपयोग स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं को अवश्य करना चाहिए।

2 मेरी स्वास्थ्य जानकारी कहाँ से आती है?

आपकी स्वास्थ्य जानकारी उन स्थानों और लोगों से आती है जिन्होंने आपको अतीत में स्वास्थ्य देखभाल या स्वास्थ्य बीमा दिया था। इनमें अस्पताल, डॉक्टर, दवा की दुकानें, लैबोरेट्रियाँ, विकासात्मक अक्षमता प्रदाता, स्वास्थ्य योजनाएं (बीमा कंपनियाँ), Medicaid कार्यक्रम, और स्वास्थ्य जानकारी साझा करने वाले अन्य समूह शामिल हो सकते हैं। आप _____ पर कॉल करके या अपने केयर मैनेजर से बात करके सभी स्थानों और लोगों की सूची प्राप्त कर सकते/सकती हैं।

3 मेरी स्वास्थ्य जानकारी कैसे साझा की जा सकती है, यह किन कानूनों और नियमों के अंतर्गत आता है?

इन कानूनों और नियमों में न्यू यॉर्क मेंटल हाइजीन लॉ (New York Mental Hygiene Law) की धारा 33.13, न्यू यॉर्क पब्लिक हेल्थ लॉ (New York Public Health Law) का अनुच्छेद 27-F, और 42 CFR भाग 2 और 45 CFR भाग 160 और 164 (जिन्हें "HIPAA" के रूप में संदर्भित किया जाता है) सहित संघीय गोपनीयता नियम शामिल हैं। 10 NYCRR भाग 300 - न्यू यॉर्क के लिए राज्य व्यापी स्वास्थ्य जानकारी नेटवर्क (SHIN-NY)।

4 यदि मैं सहमत हूँ, तो मेरी जानकारी कौन प्राप्त कर सकता है और देख सकता है?

केवल वे लोग आपकी स्वास्थ्य जानकारी देख सकते हैं जिनके लिए आप सहमत हैं कि वे इसे प्राप्त कर सकते हैं और देख सकते हैं, जैसे डॉक्टर और अन्य लोग जो किसी Health Home भागीदार के लिए काम करते हैं और जो आपकी स्वास्थ्य देखभाल में शामिल हैं; स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जो आपको देखभाल दे रहे Health Home भागीदार के लिए काम कर रहे हैं; और वे लोग जो आपको देखभाल दे रहे Health Home भागीदार के लिए काम करते हैं ताकि आपके स्वास्थ्य बीमा की जांच करने में या सभी सदस्यों के लिए स्वास्थ्य देखभाल का अध्ययन करने और उसे बेहतर बनाने में मदद मिल सके। जब आप किसी ऐसे व्यक्ति से देखभाल प्राप्त करते/करती हैं जो आपका सामान्य डॉक्टर या प्रदाता नहीं है, जैसे कोई नई दवा की दुकान, नया अस्पताल, या अन्य प्रदाता, तो कुछ जानकारी, जैसे कि आपकी स्वास्थ्य योजना किस चीज़ का भुगतान करती है या आपके Health Home प्रदाता का नाम, उन्हें दी जा सकती है या उनके द्वारा देखी जा सकती है।

5 क्या होगा यदि कोई व्यक्ति मेरी जानकारी का उपयोग करता है और मैंने उनके द्वारा इसका उपयोग करने की सहमति नहीं दी है?

यदि ऐसा होता है, तो आप:

- Medicaid हेल्पलाइन को 1-800-541-2831 पर कॉल कर सकते/सकती हैं, या
- US डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ एंड ह्यूमन सर्विसेस (Department of Health and Human Services), ऑफिस फॉर सिविल राइट्स (Office for Civil Rights) से 1-800-368-1019 पर संपर्क कर सकते/सकती हैं, या <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html> पर लिखित शिकायत दर्ज कर सकते/सकती हैं।

आप यह भी कर सकते/सकती हैं:

- उन प्रदाताओं में से किसी एक को कॉल कर सकते/सकती हैं जिनके बारे में आपने कहा है कि वे आपके रिकॉर्ड देख सकते हैं,
- अपने केयर मैनेजर या Health Home को कॉल कर सकते/सकती हैं: _____ को : _____ पर या,
- अपने Managed Care प्लान को कॉल कर सकते/सकती हैं, यदि आप किसी Managed Care प्लान का हिस्सा हैं।

6 मेरी सहमति कितने समय तक चलती है?

आपकी सहमति उस दिन तक चलेगी जब आप अपनी सहमति वापस ले लेते/लेती हैं, या यदि आप Health Home कार्यक्रम छोड़ देते/देती हैं, या यदि Health Home काम करना बंद कर देता है।

7 क्या होगा यदि मैं बाद में अपना विचार बदल दूँ और अपनी सहमति वापस लेना चाहूँ?

आप अपने केयर मैनेजर, केयर मैनेजमेंट एजेंसी, या Health Home से संपर्क करके किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकते/सकती हैं। यदि आप अपनी जानकारी साझा करने के लिए सहमत हैं, तो इस फ़ॉर्म के अंत में सूचीबद्ध सभी Health Home भागीदार, कानून द्वारा अधिकृत अन्य भागीदारों के साथ, आपकी स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त कर सकेंगे। यदि आप नहीं चाहते/चाहती कि इस फ़ॉर्म में सूचीबद्ध या अन्यथा कानून द्वारा अनुमत Health Home भागीदार आपकी स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त करें, तो आपको Health Home कार्यक्रम से अपनी सहमति वापस लेनी होगी। आप _____ पर कॉल करके ऐसा कर सकते/सकती हैं।

ध्यान दें: भले ही आप बाद में अपनी सहमति वापस लेने का निर्णय लें, लेकिन जिन प्रदाताओं के पास आपकी जानकारी पहले से है, उन्हें आपकी जानकारी आपको वापस देने या अपने रिकॉर्ड से उसे हटाने की आवश्यकता नहीं है।

8 मैं इस फ़ॉर्म की प्रति कैसे प्राप्त करूँ?

हस्ताक्षर करने के बाद आप इस फ़ॉर्म की एक प्रति प्राप्त कर सकते/सकती हैं।

Health Home का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार

सभी भाग लेने वाले भागीदारों को सूचीबद्ध करने के लिए आवश्यकतानुसार इस पृष्ठ को कॉपी करें।

सदस्य के आद्याक्षर: _____ दिनांक: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____

भाग लेने वाले भागीदार का नाम: _____