

यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर तपाईं _____ Health Home मा समावेश हुन मन्जुर गर्नुहुन्छ। Health Home मा रहनका लागि, तपाईंलाई राम्रो स्याहार प्रदान गर्न तपाईंका स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू र तपाईंको स्याहारमा संलग्न अन्य व्यक्तिहरूले तपाईंको स्याहारबारे आपसमा कुराकानी गर्न र एक-अर्कासँग तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्न सक्ने हुनु पर्छ। Health Home मा हुनाले तपाईंले आवश्यक स्याहार पाउनुहुन्छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्ने भए तापनि, तपाईंले यस फाराममा हस्ताक्षर गर्नुभएन वा Health Home मा रहन चाहनुभएन भने पनि तपाईंले स्वास्थ्य स्याहार र स्वास्थ्य बीमा प्राप्त गर्न सक्नु हुने छ।

Health Home ले यस फारामको अन्त्यमा सूचीबद्ध साझेदारहरू र यो प्राप्त गर्न कानुनी रूपमा अनुमति पाएका अन्य व्यक्तिहरूबाट र/वा निम्न कम्प्युटर प्रणालीहरूमार्फत अन्यहरूबाट तपाईंको स्वास्थ्य रेकर्डहरूलगायतका तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त गर्न र साझा गर्न सक्छ:

- न्यु योर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (New York State Department of Health) द्वारा सञ्चालित न्यु योर्कको लागि राज्यव्यापी स्वास्थ्य जानकारी नेटवर्क (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY)। SHIN-NY ले डाक्टरहरू र स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूबाट मेडिकल रेकर्डहरू लगायत स्वास्थ्य जानकारी सङ्कलन र भण्डारण गर्दछ। SHIN-NY ले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी ती व्यक्तिहरूसँग मात्र साझा गर्न सक्छ जसले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी हेर्न वा प्राप्त गर्न सक्छन् भनी तपाईंले भन्नुभएको छ;
- न्यु योर्क राज्य मानसिक स्वास्थ्य कार्यालय (New York State Office of Mental Health) द्वारा सञ्चालित PSYCKES। PSYCKES Medicaid कार्यक्रममा आबद्ध रहेका तपाईंका डाक्टरहरू र स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूबाट तपाईंको स्वास्थ्य उपचारको जानकारी सङ्कलन र भण्डारण गर्ने एउटा कम्प्युटर प्रणाली हो;
- विकासात्मक अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि न्यु योर्क राज्य कार्यालय (New York State Office for People With Developmental Disabilities) द्वारा सञ्चालित TABS/CHOICES। TABS/CHOICES एउटा कम्प्युटर प्रणाली हो जसले तपाईंको विकासात्मक अपाङ्गताहरूबारे जानकारी सङ्कलन र भण्डारण गर्दछ;
- न्यु योर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग द्वारा सञ्चालित युनिफर्म एसेसमेन्ट प्रणाली NY (Uniform Assessment System NY, UASNY)। UASNY एउटा सुरक्षित राज्यव्यापी डेटाबेस हो जसले सेवाहरू प्राप्त गर्ने प्रत्येक व्यक्तिको पहिचान खुल्ने जानकारी र पूरा गरिएका मूल्याङ्कनहरू सङ्कलन र भण्डारण गर्दछ।

यदि तपाईं सहमत हुनुहुन्छ र यस फाराममा हस्ताक्षर गर्नुहुन्छ भने, Health Home र यस फाराममा सूचीबद्ध साझेदारहरूलाई तपाईंलाई स्याहार दिन, तपाईंको स्याहार व्यवस्थापन गर्न वा सदस्यहरूका लागि स्वास्थ्य स्याहार अझ राम्रो बनाउन तपाईंको स्याहारको अध्ययन गर्न आवश्यक पर्ने तपाईंको सबै स्वास्थ्य जानकारी (Health Home ले SHIN-NY र/वा PSYCKES र/वा TABS/CHOICES र/वा UASNY बाट प्राप्त गर्ने तपाईंको सबै स्वास्थ्य जानकारी लगायत) प्राप्त गर्न, हेर्न, पढ्न र प्रतिलिपि बनाउन र एक-अर्कासँग साझा गर्न अनुमति दिइन्छ। स्वास्थ्य जानकारी तपाईंले यस फाराममा हस्ताक्षर गर्नुभएको मितिभन्दा अघिको र पछिको हुन सक्छ। तपाईंको स्वास्थ्य रेकर्डमा तपाईंलाई पहिले भएका वा भएको हुन सक्ने रोग वा चोटपटकहरू; एक्स-रे वा रगत परीक्षण जस्ता परीक्षणका परिणामहरू; र तपाईंले अहिले लिइरहनुभएका वा पहिले लिनुभएका औषधिहरूबारे जानकारी हुन सक्छ। तपाईंको स्वास्थ्य रेकर्डमा निम्न कुराहरूमा पनि जानकारी हुन सक्छ:

1. मादक पदार्थ वा लागूऔषध प्रयोग कार्यक्रमहरू जसमा तपाईं सदस्यको रूपमा अहिले हुनुहुन्छ वा पहिले हुनुहुन्थ्यो;
2. परिवार नियोजन सेवाहरू जस्तै गर्भनिरोधक र गर्भपतन;
3. वंशाणुगत रोगहरू;
4. एच.आई.भी./एड्स;
5. मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाहरू;
6. विकासात्मक अपाङ्गता निदान र सेवाहरू; र/वा,
7. यौनजन्य सरुवा रोगहरू (यौन सम्पर्क गर्दा सर्न सक्ने रोगहरू)।

तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी निजी हुन्छ र न्यु योर्क राज्य र संयुक्त राज्य अमेरिकाका कानून र नियमहरू अन्तर्गत तपाईंको अनुमति बिना अन्य मानिसहरूलाई दिन सकिँदैन। तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त गर्न र हेर्न सक्ने साझेदारहरू र Health Home ले यी सबै कानून र नियमहरूको पालना गर्नुपर्छ। तपाईं सहमत नभएसम्म वा कानूनले अनुमति नदिएसम्म तिनीहरूले तपाईंको जानकारी अन्य मानिसहरूलाई दिन सक्दैनन्। तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी कम्प्युटर प्रणालीमा वा कागजमा भए तापनि यो कुरा लागू हुन्छ। केही कानूनहरूले एच.आई.भी./एड्स, मानसिक स्वास्थ्य रेकर्डहरू र लागूऔषध तथा मादक पदार्थ प्रयोगको स्याहारलाई समेट्छन्। यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर, तपाईंले आवश्यक अनुसार स्याहार र सेवाहरू समन्वय गर्न तपाईंको एच.आई.भी./एड्सको स्थिति, मानसिक स्वास्थ्य र लागूऔषध तथा मादक पदार्थ प्रयोग सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गर्न र साझा गर्न आफ्नो अनुमति दिइरहनुभएको छ।

कृपया यस फाराममा हस्ताक्षर गर्नुअघि यसमा भएका सबै जानकारी पढ्नुहोस्।

म _____ Health Home मा समावेश हुन मन्जुर गर्छु र मलाई स्याहार दिन वा मेरो स्याहार व्यवस्थापन गर्न, म स्वास्थ्य योजनामा समावेश छु कि छैन र यसले के समेट्छ भनी जाँचन र सबै सदस्यहरूको स्याहार अध्ययन गर्न र अझ राम्रो बनाउन Health Home ले यस फारामको अन्त्यमा सूचीबद्ध साझेदारहरूबाट र SHIN-NY र/वा PSYCKES र/वा TABS/CHOICES र/वा UASNY मार्फत अन्यहरूबाट मेरो सबै स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त गर्न सक्छ भन्ने कुरामा सहमत छु। म यो कुरामा पनि सहमत छु कि Health Home र यस फारामको अन्त्यमा सूचीबद्ध साझेदारहरूले मेरो स्वास्थ्य जानकारी एक-अर्कासँग र यो प्राप्त गर्न कानुनी रूपमा अनुमति पाएका अन्य व्यक्तिहरूसँग साझा गर्न सक्छन्। मैले बुझेको छु कि यस सहमति फारामले मेरो स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्न मैले पहिले हस्ताक्षर गरेका हुन सक्ने अन्य Health Home बिरामी/सदस्य जानकारी साझा गर्ने सहमति फारामहरूको स्थान लिन्छ। म मेरो स्याहार व्यवस्थापक, स्याहार व्यवस्थापन एजेन्सी वा Health Home लाई सम्पर्क गरेर जुनसुकै बेला मेरो विचार परिवर्तन गर्न सक्छु र मेरो सहमति फिर्ता लिन सक्छु।

सदस्यको स्पष्ट नाम: _____ सदस्यको जन्म मिति: _____

सदस्य वा सदस्यको कानुनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

कानुनी प्रतिनिधिको स्पष्ट नाम (लागू हुने भएमा): _____

सदस्यसँग कानुनी प्रतिनिधिको नाता (लागू हुने भएमा): _____

1 साझेदारहरूले मेरो जानकारी कसरी प्रयोग गर्नेछन्?

यदि तपाईं सहमत हुनुहुन्छ भने, साझेदारहरूले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी निम्न कार्यका लागि प्रयोग गर्नेछन्:

- तपाईंलाई स्वास्थ्य स्याहार दिन र तपाईंको स्याहार व्यवस्थापन गर्न;
- तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ कि छैन र यसले केका लागि भुक्तानी गर्छ भनी जाँच; र,
- सदस्यहरूका लागि स्वास्थ्य स्याहारको अध्ययन गर्न र अझ राम्रो बनाउन।

तपाईंले गर्ने छनौटले स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूलाई तपाईंलाई स्वास्थ्य बीमा दिने वा तपाईंका बिलहरू भुक्तानी गर्ने भन्ने निर्णय गर्नका लागि तपाईंको जानकारी हेर्न अनुमति दिँदैन। तपाईंले त्यो छनौट स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूले प्रयोग गर्नु पर्ने एउटा छुट्टै फाराममा गर्न सक्नुहुन्छ।

2 मेरो स्वास्थ्य जानकारी कहाँबाट आउँछ?

तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी विगतमा तपाईंलाई स्वास्थ्य स्याहार वा स्वास्थ्य बीमा दिने ठाउँहरू र मानिसहरूबाट आउँछ। यसमा अस्पतालहरू, डाक्टरहरू, औषधि पसलहरू, प्रयोगशालाहरू, विकासत्मक अपाङ्गता प्रदायकहरू, स्वास्थ्य योजनाहरू (बीमा कम्पनीहरू), Medicaid कार्यक्रम र स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्ने अन्य समूहहरू समावेश हुन सक्छन्। तपाईंले _____ मा फोन गरेर वा आफ्नो स्याहार व्यवस्थापकसँग कुरा गरेर ती सबै ठाउँहरू र मानिसहरूको सूची प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

3 मेरो स्वास्थ्य जानकारी कसरी साझा गर्न सकिन्छ भन्ने कुरालाई कुन कानून र नियमहरूले समेट्छन्?

यी कानून र नियमहरूमा न्यु योर्क मानसिक स्वच्छता कानून (New York Mental Hygiene Law) को धारा 33.13, न्यु योर्क जनस्वास्थ्य कानून (New York Public Health Law) को अनुच्छेद 27-F र 42 CFR भाग 2 र 45 CFR भागहरू 160 र 164 लगायतका सङ्घीय गोपनीयताका नियमहरू ("HIPAA" भनेर चिनिने नियमहरू) समावेश छन्। 10 NYCRR भाग 300 - न्यु योर्कको लागि राज्यव्यापी स्वास्थ्य जानकारी नेटवर्क (SHIN-NY)।

4 यदि म सहमत भएँ भने, मेरो जानकारी कसले प्राप्त गर्न र हेर्न सक्छ?

तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी हेर्न सक्ने एक मात्र व्यक्तिहरू ती हुन् जसले यो प्राप्त गर्न र हेर्न सक्छन् भनी तपाईं सहमत हुनुहुन्छ, जस्तै डाक्टरहरू र Health Home साझेदारका लागि काम गर्ने र तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारमा संलग्न अन्य व्यक्तिहरू; तपाईंलाई स्याहार दिइरहेका Health Home साझेदारका लागि काम गरिरहेका स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरू; र तपाईंलाई स्याहार दिइरहेका Health Home साझेदारका लागि काम गर्ने व्यक्तिहरू जसले उनीहरूलाई तपाईंको स्वास्थ्य बीमा जाँच वा सबै सदस्यहरूका लागि अध्ययन गर्न र स्वास्थ्य स्याहार अझ राम्रो बनाउन मद्दत गर्दछन्। जब तपाईंले नयाँ औषधि पसल, नयाँ अस्पताल वा अन्य प्रदायक जस्ता तपाईंको नियमित डाक्टर वा प्रदायक नभएको व्यक्तिबाट स्याहार प्राप्त गर्नुहुन्छ, तब तपाईंको स्वास्थ्य योजनाले के भुक्तानी गर्छ वा तपाईंको Health Home प्रदायकको नाम जस्ता केही जानकारी उनीहरूलाई दिन सकिन्छ वा उनीहरूले हेर्न सक्छन्।

5 यदि कुनै व्यक्तिले मेरो जानकारी प्रयोग गर्यो र मैले उनीहरूलाई प्रयोग गर्न अनुमति दिएको थिएन भने के हुन्छ?

यदि यस्तो हुन्छ भने, तपाईंले:

- Medicaid हेल्पलाइनलाई 1-800-541-2831 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ वा
- संयुक्त राज्य अमेरिकाको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (Department of Health and Human Services), नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights) लाई 1-800-368-1019 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ वा यहाँ लिखित उजुरी पेश गर्न सक्नुहुन्छ: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>।

तपाईं निम्न कुराहरू पनि गर्न चाहनुहुन्छ होला:

- तपाईंले आफ्नो रेकर्ड हेर्न सक्छन् भनी भन्नुभएका प्रदायकहरू मध्ये एकलाई फोन गर्ने,
- आफ्नो स्याहार व्यवस्थापक वा Health Home: _____ लाई : _____ मा फोन गर्ने वा,
- यदि तपाईं Managed Care योजनामा आबद्ध हुनुहुन्छ भने आफ्नो Managed Care योजनालाई फोन गर्ने।

6 मेरो सहमति कहिलेसम्म कायम रहन्छ?

तपाईंको सहमति तपाईंले सहमति फिर्ता नलिएसम्म वा तपाईंले Health Home कार्यक्रम नछाडेसम्म वा Health Home ले काम गर्न बन्द नगरेसम्म कायम रहनेछ।

7 यदि मैले पछि मेरो विचार बदलें र मेरो सहमति फिर्ता लिन चाहें भने के हुन्छ?

तपाईंले आफ्नो स्याहार व्यवस्थापक, स्याहार व्यवस्थापन एजेन्सी वा Health Home लाई सम्पर्क गरेर जुनसुकै बेला आफ्नो सहमति फिर्ता लिन सक्नुहुन्छ। यदि तपाईं आफ्नो जानकारी साझा गर्न सहमत हुनुहुन्छ भने, यस फारामको अन्त्यमा सूचीबद्ध सबै Health Home साझेदारहरूले, कानूनद्वारा अधिकार प्राप्त अन्य साझेदारहरूसँगै तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त गर्न सक्षम हुनेछन्। यदि तपाईं यस फाराममा सूचीबद्ध वा कानूनद्वारा अनुमति प्राप्त Health Home साझेदारहरूले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त नगरून् भन्ने चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले Health Home कार्यक्रमबाट आफ्नो सहमति फिर्ता लिनुपर्छ। तपाईंले _____ मा फोन गरेर यो गर्न सक्नुहुन्छ।

नोट: तपाईंले पछि आफ्नो सहमति फिर्ता लिने निर्णय गर्नुभयो भने पनि, पहिले नै तपाईंको जानकारी पाएका प्रदायकहरूले तपाईंको जानकारी तपाईंलाई फिर्ता दिनु पर्दैन वा तिनीहरूको रेकर्डबाट हटाउनु पर्दैन।

8 मैले यस फारामको प्रतिलिपि कसरी प्राप्त गर्ने?

तपाईंले हस्ताक्षर गरेपछि यस फारामको प्रतिलिपि पाउन सक्नुहुन्छ।

Health Home को नाम: _____

सहभागी साझेदारहरू

सबै सहभागी साझेदारहरूलाई सूचीबद्ध गर्न आवश्यक अनुसार यो पृष्ठ प्रतिलिपि (copy) गर्नुहोस्।

सदस्यको संक्षिप्त हस्ताक्षर (Initials): _____ मिति: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____

सहभागी साझेदारको नाम: _____