

اس فارم پر دستخط کر کے، آپ Health Home میں شامل ہونے سے اتفاق کرتے ہیں۔ Health Home کا حصہ بننے کے لیے، آپ کو بہتر دیکھ بھال فراہم کرنے کی غرض سے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں اور آپ کی دیکھ بھال میں شامل دیگر افراد کا آپ کی دیکھ بھال کے بارے میں ایک دوسرے سے بات چیت کرنے کے قابل ہونا اور آپ کی صحت کی معلومات کا ایک دوسرے کے ساتھ تبادلہ کرنا ضروری ہے۔ اگرچہ Health Home میں شامل ہونا اس بات کو یقینی بنانے میں مدد کرے گا کہ آپ کو اپنی مطلوبہ دیکھ بھال حاصل ہو، لیکن اس کے باوجود آپ صحت کی دیکھ بھال اور ہیلتھ انشورنس حاصل کر سکیں گے، خواہ آپ اس فارم پر دستخط نہ بھی کریں یا Health Home میں شامل نہیں ہونا چاہتے ہوں۔

Health Home آپ کی صحت سے متعلق معلومات، بشمول آپ کا طبی ریکارڈ، اس فارم کے آخر میں درج شراکت داروں اور دیگر افراد جنہیں قانونی طور پر یہ حاصل کرنے کی اجازت ہے اور/یا مندرجہ ذیل کمپیوٹر سسٹمز کے ذریعے دیگر ذرائع سے حاصل اور شیئر کر سکتا ہے:

- نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ (New York State Department of Health) کے زیر اہتمام جلنے والا اسٹیٹ وائڈ ہیلتھ انفارمیشن نیٹ ورک فار نیویارک (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY)۔ SHIN-NY ان کے ڈاکٹروں اور صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں سے طبی ریکارڈ سمیت صحت سے متعلق معلومات جمع اور محفوظ کرتا ہے۔ SHIN-NY آپ کی صحت سے متعلق معلومات صرف ان لوگوں کے ساتھ ہی شیئر کر سکتا ہے جن کے بارے میں آپ کہتے ہیں کہ وہ آپ کی صحت کی معلومات دیکھ یا حاصل کر سکتے ہیں؛
- نیویارک اسٹیٹ آفس آف مینٹل ہیلتھ (New York State Office of Mental Health) کے زیر اہتمام جلنے والا PSYCKES۔ PSYCKES ایک کمپیوٹر سسٹم ہے جو Medicaid پروگرام کا حصہ بننے والے آپ کے ڈاکٹروں اور صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں سے آپ کے علاج معالجے کی معلومات جمع اور محفوظ کرتا ہے؛
- نیویارک اسٹیٹ آفس فار پیپل ود ڈویلپمنٹل ڈس ایبلٹیز (New York State Office for People With Developmental Disabilities) کے زیر اہتمام جلنے والا TABS/CHOICES۔ TABS/CHOICES ایک کمپیوٹر سسٹم ہے جو آپ کی نشو و نما سے متعلق معذوریوں (ڈویلپمنٹل ڈس ایبلٹیز) کے بارے میں معلومات جمع اور محفوظ کرتا ہے؛
- نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ کے زیر اہتمام جلنے والا یونیفارم ایسیسمنٹ سسٹم این وائی (Uniform Assessment System NY, UASNY)۔ UASNY ریاست بھر کا ایک محفوظ ڈیٹا بیس ہے جو خدمات حاصل کرنے والے ہر فرد کے لیے شناختی معلومات اور مکمل شدہ اسپیسمنٹس جمع اور محفوظ کرتا ہے۔

اگر آپ اتفاق کرتے ہیں اور اس فارم پر دستخط کرتے ہیں، تو Health Home اور اس فارم پر درج شراکت داروں کو آپ کی دیکھ بھال کرنے، آپ کی دیکھ بھال کے نظم و نسق کو سنبھالنے یا ممبران کے لیے صحت کی دیکھ بھال کو بہتر بنانے کی غرض سے آپ کی دیکھ بھال کا مطالعہ کرنے کے لیے درکار آپ کی صحت سے متعلق تمام معلومات (بشمول آپ کی وہ تمام طبی معلومات جو Health Home کو SHIN-NY اور/یا PSYCKES اور/یا TABS/CHOICES اور/یا UASNY سے حاصل ہوتی ہیں) حاصل کرنے، دیکھنے، پڑھنے اور نقل کرنے اور ایک دوسرے کے ساتھ شیئر کرنے کی اجازت ہوتی ہے۔ صحت سے متعلق معلومات اس فارم پر آپ کے دستخط کرنے کی تاریخ سے پہلے اور بعد کی ہو سکتی ہیں۔ آپ کے طبی ریکارڈ میں ان بیماریوں یا چوٹوں کے بارے میں معلومات شامل ہو سکتی ہیں جن کا آپ کو اس وقت سامنا ہے یا ماضی میں رہا ہے؛ ٹیسٹ کے نتائج، جیسے ایکسریج یا خون کے ٹیسٹ؛ اور وہ ادویات جو آپ ابھی لے رہے ہیں یا پہلے لے چکے ہیں۔ آپ کے طبی ریکارڈ میں درج ذیل کے بارے میں بھی معلومات شامل ہو سکتی ہیں:

1. الکحل یا منشیات کے استعمال سے متعلق علاج یا بحالی کے پروگرام جن میں آپ بطور رکن ابھی شامل ہیں یا پہلے شامل تھے؛
2. خاندانی منصوبہ بندی کی خدمات جیسے ضبط ولادت اور اسقاط حمل؛
3. موروثی بیماریاں؛
4. HIV/AIDS؛
5. ذہنی صحت کے مسائل/حالات؛
6. نشو و نما سے متعلق معذوری کی تشخیص اور خدمات؛ اور/یا،
7. جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریاں (وہ بیماریاں جو جنسی تعلق قائم کرنے سے لگ سکتی ہیں)۔

نیویارک اسٹیٹ اور امریکی قوانین اور قواعد کے تحت آپ کی صحت کی معلومات نجی ہیں اور آپ کی اجازت کے بغیر دیگر افراد کو نہیں دی جا سکتی ہیں۔ وہ شراکت دار اور Health Home جو آپ کی صحت کی معلومات حاصل کر سکتے ہیں اور دیکھ سکتے ہیں، ان تمام قوانین اور قواعد کی پابندی کرنا ان کے لیے لازمی ہے۔ وہ آپ کی معلومات دوسرے لوگوں کو نہیں دے سکتے جب تک کہ آپ اتفاق نہ کریں یا قانون ایسا کرنے کی اجازت نہ دے۔ یہ بات اس صورت میں بھی درست ہے اگر آپ کی صحت سے متعلق معلومات کسی کمپیوٹر سسٹم میں ہوں یا کاغذ پر۔ کچھ قوانین HIV/AIDS کی دیکھ بھال، ذہنی صحت کے ریکارڈز اور منشیات اور الکحل کے استعمال کا احاطہ کرتے ہیں۔ اس فارم پر دستخط کر کے، آپ ضرورت کے مطابق دیکھ بھال اور خدمات میں ہم آہنگی پیدا کرنے کے لیے اپنی HIV/AIDS کی حالت، ذہنی صحت اور منشیات اور الکحل کے استعمال سے متعلق معلومات حاصل کرنے اور شیئر کرنے کی اجازت دے رہے ہیں۔

اس فارم پر دستخط کرنے سے پہلے براہ کرم اس پر موجود تمام معلومات پڑھ لیں۔

میں شامل ہونے کے لیے متفق ہوں اور اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ Health Home مجھے دیکھ بھال فراہم کرنے یا میری دیکھ بھال کے نظم و نسق کو سنبھالنے، اس بات کی تصدیق کرنے کے لیے کہ آیا میں کسی ہیلتھ پلان میں شامل ہوں اور اس میں کیا چیزیں کور ہوتی ہیں اور تمام ممبران کی دیکھ بھال کا مطالعہ کرنے اور اسے بہتر بنانے کے لیے اس فارم کے آخر میں درج شراکت داروں سے اور SHIN-NY اور/یا PSYCKES اور/یا TABS/CHOICES اور/یا UASNY کے ذریعے دیگر ذرائع سے میری صحت کی تمام معلومات حاصل کر سکتا ہے۔ میں اس بات سے بھی متفق ہوں کہ Health Home اور اس فارم کے آخر میں درج شراکت دار ایک دوسرے کے ساتھ اور دیگر افراد کے ساتھ جنہیں قانونی طور پر اسے حاصل کرنے کی اجازت ہو، میری صحت کی معلومات شیئر کر سکتے ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ رضامندی کا فارم Health Home کے دیگر پیشنٹ/ممبر انفارمیشن شیئرنگ کانسیٹ فارمز کی جگہ لیتا ہے جن پر میں نے اپنی صحت کی معلومات کی منتقلی/شیئرنگ کے لیے پہلے دستخط کیے ہوں گے۔ میں اپنے کیئر منیجر، کیئر مینجمنٹ ایجنسی یا Health Home سے رابطہ کر کے کسی بھی وقت اپنا ارادہ بدل سکتا/سکتی ہوں اور اپنی رضامندی واپس لے سکتا/سکتی ہوں۔

رکن کا نام واضح حروف میں لکھیں: _____ رکن کی تاریخ پیدائش: _____

رکن یا رکن کے قانونی نمائندے کے دستخط: _____ تاریخ: _____

قانونی نمائندے کا نام واضح حروف میں لکھیں (اگر قابل اطلاق ہو): _____

رکن کے ساتھ قانونی نمائندے کا تعلق (اگر قابل اطلاق ہو): _____

1. شراکت دار میری معلومات کا استعمال کیسے کریں گے؟

- اگر آپ اتفاق کرتے ہیں، تو شراکت دار آپ کی صحت کی معلومات کو درج ذیل کے لیے استعمال کریں گے:
- آپ کو صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے اور آپ کی دیکھ بھال کے نظم و نسق کو سنبھالنے؛
- یہ چیک کرنے کہ آیا آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس موجود ہے اور یہ کن چیزوں کی ادائیگی کرتی ہے؛ اور،
- ممبران کے لیے صحت کی دیکھ بھال کا مطالعہ کرنے اور اسے بہتر بنانے۔

آپ کا انتخاب ہیلتھ انشورنس فراہم کنندگان کو اس بات کا فیصلہ کرنے کے لیے آپ کی معلومات دیکھنے کی اجازت نہیں دیتا کہ آیا آپ کو ہیلتھ انشورنس دی جائے یا آپ کے بلوں کی ادائیگی کی جائے۔ آپ اس انتخاب کا اظہار ایک الگ فارم میں کر سکتے ہیں جسے ہیلتھ انشورنس فراہم کنندگان کے لیے استعمال کرنا لازمی ہے۔

2. میری صحت سے متعلق معلومات کہاں سے آتی ہیں؟

آپ کی صحت کی معلومات ان مقامات اور افراد سے آتی ہیں جنہوں نے ماضی میں آپ کو صحت کی دیکھ بھال یا ہیلتھ انشورنس فراہم کی تھی۔ ان میں ہسپتال، ڈاکٹر، میڈیکل اسٹور، لیبارٹریز، ڈیولپمنٹل ڈس ایبلٹی فراہم کنندگان، ہیلتھ پلانز (انشورنس کمپنیاں)، Medicaid پروگرام اور صحت کی معلومات کا تبادلہ کرنے والے دیگر گروپس شامل ہو سکتے ہیں۔ آپ _____ پر کال کر کے یا اپنے کیئر منیجر سے بات کر کے ان تمام مقامات اور افراد کی فہرست حاصل کر سکتے ہیں۔

3. کون سے قوانین اور قواعد اس بات کا احاطہ کرتے ہیں کہ میری صحت کی معلومات کو کس طرح شیئر کیا جا سکتا ہے؟

ان قوانین اور ضوابط میں نیویارک مینٹل ہائیجین لاء (New York Mental Hygiene Law) کی دفعہ 33.13، نیویارک پبلک ہیلتھ لاء (New York Public Health Law) کا آرٹیکل 27-F اور وفاقی راز داری کے قواعد بشمول CFR 42 حصہ 2 اور CFR 45 حصے 160 اور 164 (یہ وہ قواعد ہیں جنہیں "HIPAA" کہا جاتا ہے) شامل ہیں۔ NYCRR 10 حصہ 300 - اسٹیٹ وائڈ ہیلتھ انفارمیشن نیٹ ورک فار نیویارک (SHIN-NY)۔

4. اگر میں اتفاق کرتا/کرتی ہوں، تو میری معلومات کون حاصل اور دیکھ سکتا ہے؟

صرف وہی لوگ آپ کی صحت کی معلومات دیکھ سکتے ہیں جن کے بارے میں آپ اتفاق کرتے ہیں کہ وہ اسے حاصل کر سکتے ہیں اور دیکھ سکتے ہیں، جیسے کہ ڈاکٹر اور دیگر افراد جو کسی Health Home پارٹنر کے لیے کام کرتے ہیں اور جو آپ کی صحت کی دیکھ بھال میں شامل ہیں؛ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے جو Health Home کے ایسے پارٹنر کے لیے کام کر رہے ہیں جو آپ کو دیکھ بھال فراہم کر رہا ہے؛ اور وہ لوگ جو Health Home کے کسی ایسے پارٹنر کے لیے کام کرتے ہیں جو آپ کو دیکھ بھال فراہم کر رہا ہے تاکہ آپ کی ہیلتھ انشورنس چیک کرنے یا تمام اراکین کے لیے صحت کی دیکھ بھال کا مطالعہ کرنے اور اسے بہتر بنانے میں ان کی مدد کی جا سکے۔ جب آپ کسی ایسے فرد سے علاج/دیکھ بھال حاصل کرتے ہیں جو آپ کا معمول کا ڈاکٹر یا فراہم کنندہ نہیں ہے، جیسے نیا ڈرگ اسٹور، نیا ہسپتال یا دیگر فراہم کنندہ، تو کچھ معلومات، جیسے کہ آپ کا ہیلتھ پلان کس چیز کی ادائیگی کرتا ہے یا آپ کے Health Home فراہم کنندہ کا نام، انہیں دی جا سکتی ہیں یا ان کی طرف سے دیکھی جا سکتی ہیں۔

5. کیا ہو گا اگر کوئی شخص میری معلومات استعمال کرتا ہے اور میں نے اسے استعمال کرنے کی اجازت نہیں دی تھی؟

اگر ایسا ہوتا ہے، تو آپ درج ذیل اقدامات کر سکتے ہیں:

- Medicaid ہیلپ لائن کو 1-800-541-2831 پر کال کریں، یا
- یو ایس ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ اینڈ ہیومن سروسز (Department of Health and Human Services)، آفس فار سول رائٹس (Office for Civil Rights) سے 1-800-368-1019 پر رابطہ کریں یا اس پتہ پر تحریری شکایت جمع کروائیں: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

آپ یہ بھی کر سکتے ہیں:

- ان فراہم کنندگان میں سے کسی ایک کو کال کریں جن کے بارے میں آپ نے کہا ہے کہ وہ آپ کے ریکارڈ دیکھ سکتے ہیں،
- اپنے کیئر منیجر یا Health Home: کو اس نمبر پر کال کریں: _____، یا
- اگر آپ Managed Care پلان سے تعلق رکھتے ہیں، تو اپنے Managed Care پلان کو کال کریں۔

6. میری رضامندی کتنے عرصے تک برقرار رہتی ہے؟

آپ کی رضامندی اس دن تک برقرار رہے گی جب تک آپ اپنی رضامندی واپس نہیں لے لیتے یا اگر آپ Health Home پروگرام چھوڑ دیتے ہیں یا اگر Health Home کام کرنا بند کر دیتا ہے۔

7. کیا ہو گا اگر میں بعد میں اپنا ارادہ بدل لوں اور اپنی رضامندی واپس لینا چاہوں؟

آپ اپنے کیئر منیجر، کیئر مینجمنٹ ایجنسی یا Health Home سے رابطہ کر کے کسی بھی وقت اپنی رضامندی واپس لے سکتے ہیں۔ اگر آپ اپنی معلومات شیئر کرنے سے اتفاق کرتے ہیں، تو اس فارم کے آخر میں درج تمام Health Home شراکت دار آپ کی صحت سے متعلق معلومات حاصل کر سکیں گے، نیز وہ دیگر شراکت دار بھی جو قانون کے تحت مجاز ہوں۔ اگر آپ نہیں چاہتے کہ اس فارم پر درج Health Home شراکت دار یا دیگر افراد جنہیں قانوناً اجازت حاصل ہے آپ کی صحت سے متعلق معلومات حاصل کریں، تو آپ کو Health Home پروگرام سے اپنی رضامندی واپس لینا ہو گی۔ آپ _____ پر کال کر کے ایسا کر سکتے ہیں۔

نوٹ: اگر آپ بعد میں اپنی رضامندی واپس لینے کا فیصلہ کرتے ہیں، تب بھی وہ فراہم کنندگان جن کے پاس آپ کی معلومات پہلے سے موجود ہیں، وہ آپ کی معلومات آپ کو واپس کرنے یا اسے اپنے ریکارڈ سے نکالنے کے پابند نہیں ہیں۔

8 میں اس فارم کی کاپی کیسے حاصل کر سکتا/سکتی ہوں؟

آپ اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد اس کی ایک کاپی حاصل کر سکتے ہیں۔

رکن کے مختصر دستخط: _____ تاریخ: _____

[illegible]