

একটি Health Home নথিভুক্তির জন্য এই ফর্মটি 18 বছরের কম বয়সী শিশুদের জন্য ব্যবহার করা আবশ্যিক। এই ফর্মটি কী, এবং কার সাথে, স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ভাগ করা যেতে পারে তার বর্ণনা দেয়।

*[অনুগ্রহ করে মনে রাখুন, 18 বছরের কম বয়সী শিশুরা যারা পিতামাতা, গর্ভবতী এবং/অথবা বিবাহিত এবং যারা অন্যথায় সম্মতি দিতে সক্ষম তাদের এই ফর্মটি ব্যবহার করা উচিত নয়। বরং, তাদের অবশ্যই Health Home রোগীর তথ্য শেয়ার করার সম্মতি ফর্ম (DOH 5055)] ব্যবহার করতে হবে।

পিতামাতা/অভিভাবক/আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধিদের জন্য নির্দেশাবলী:

এই ফর্মের *বিভাগ 1* শিশুটির পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি দ্বারা পূরিত হওয়া উচিত। স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করার উদ্দেশ্যে আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির সংজ্ঞা হল "চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের জন্য একজন ব্যক্তির পক্ষে কাজ করার জন্য স্টেট, উপজাতি, সামরিক বা অন্যান্য প্রযোজ্য আইন, আদালতের আদেশ বা সম্মতির দ্বারা অনুমোদিত ব্যক্তি বা সংস্থা"। শিশুর সমস্ত স্বাস্থ্য প্রদানকারীদের তালিকাভুক্ত করুন যারা শিশুর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করতে পারেন। তারা যে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করেন তা আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর করার তারিখের আগের এবং পরের হতে পারে। এই প্রদানকারীরা একে অপরের সাথে এবং নীচে তালিকাভুক্ত শিশুর পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা সংস্থার সাথে এই তথ্যগুলি শেয়ার করতে পারে। আপনি সম্মত না হলে, বা আইন অনুমতি না দিলে তারা শিশুর তথ্য অন্য ব্যক্তিদের দিতে পারে না। পরিবার পরিকল্পনা এবং জরুরী গর্ভনিরোধ, গর্ভপাত, যৌনরূপে সংবাহিত সংক্রমণ পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, HIV পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, HIV প্রতিরোধ, প্রসবপূর্ব পরিচর্যা, প্রসব বেদনা এবং প্রসব পরিষেবাগুলি, মাদক এবং মদ সংক্রান্ত চিকিৎসা, বা যৌন নিপীড়ন পরিষেবা সহ *বিভাগ 2-এ* বর্ণিত যে পরিষেবাগুলির জন্য শিশু সম্মতি দেয় সেগুলি সম্পর্কে যে কোনও তথ্য শিশু গোপন রাখতে পারে। আপনি যদি শিশুর জন্য এই পরিষেবাগুলির কোনওটির জন্য সম্মতি দেন, তাহলে এই পরিষেবাগুলির বিষয়ে তথ্য প্রকাশের জন্য সম্মতি দেওয়ার অধিকার আপনার থাকতে পারে এবং এই বিভাগে প্রদানকারীদের তালিকাভুক্ত করতে পারেন। **দ্রষ্টব্য:** শিশুটিকে এই তথ্য প্রকাশের জন্যও সম্মতি দিতে হতে পারে।

এই ফর্মের *বিভাগ 2* শিশুটি কেয়ার ম্যানেজারের সাথে আলাদাভাবে পূরণ করে। 10 বছর বা তার বেশি বয়সী শিশুরা নির্দিষ্ট ধরণের সুরক্ষিত পরিষেবা সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করতে বা আটকে রাখতে সম্মতি দিতে পারে। উপরন্তু, যদি শিশু বা কিশোর-কিশোরী বিশেষভাবে মানসিক স্বাস্থ্য বা বিকাশজনিত অক্ষমতার জন্য পরিষেবা গ্রহণ করে এবং তার বয়স 12 বছরের বেশি হয়, তাহলে মানসিক স্বাস্থ্য এবং/অথবা বিকাশজনিত অক্ষমতা প্রদানকারী শিশু বা কিশোর-কিশোরীদের জিজ্ঞাসা করতে পারেন যে তারা তাদের তথ্য প্রকাশ করতে দিতে চান কিনা।

কেয়ার ম্যানেজারের জন্য নির্দেশাবলী: *বিভাগ 1* শিশুর পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি দ্বারা সম্পূর্ণ হয়। এটি সমস্ত স্বাস্থ্য প্রদানকারীদের তালিকাভুক্ত করে যারা শিশুর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করতে পারে। List the child's care management agency as a provider below. পরিবার পরিকল্পনা এবং জরুরী গর্ভনিরোধ, গর্ভপাত, যৌনরূপে সংবাহিত সংক্রমণ পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, HIV পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, HIV প্রতিরোধ, প্রসবপূর্ব পরিচর্যা, প্রসব বেদনা এবং প্রসব পরিষেবাগুলি, মাদক এবং মদ সংক্রান্ত চিকিৎসা, বা যৌন নিপীড়ন পরিষেবা সহ *বিভাগ -এ* বর্ণিত যে পরিষেবাগুলির জন্য শিশু সম্মতি দেয় সেগুলি সম্পর্কে যে কোনও তথ্য শিশু গোপন রাখতে পারে। যদি পিতামাতা, অভিভাবক, বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি গর্ভপাত, যৌনরূপে সংবাহিত সংক্রমণ পরীক্ষা ও চিকিৎসা, HIV পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, HIV প্রতিরোধ বা মাদক এবং মদ সংক্রান্ত চিকিৎসার জন্য শিশুটির তরফে সম্মতি দেন, তাহলে যদি *বিভাগ 2-এ* শিশুটিও প্রকাশের সম্মতি দেয় শুধুমাত্র সেক্ষেত্রেই তথ্য প্রকাশ করা যেতে পারে। সমস্ত প্রদানকারীদের নিকট কী সম্মতি দেওয়া হয়েছে তা তালিকাভুক্ত করতে সক্ষম হওয়ার জন্য প্রয়োজন অনুসারে নীচের পৃষ্ঠাটি কপি করুন। যদি এই তালিকাটি ভবিষ্যতে আপডেট করার প্রয়োজন হয় (হয় একটি নাম যোগ করতে বা অপসারণ করতে), অনুগ্রহ করে পিতামাতা/অভিভাবক/আইনগতভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধিকে প্রতিটি নতুন এন্ট্রি করা বা বাদ দেওয়ার পাশে যোগ বা অপসারণ নির্বাচন করতে, নামের আদ্যাঙ্কর এবং তারিখ দিতে বলুন। *HHCM-কে অবশ্যই প্রতিটি পরিবর্তনের পাশে নামের আদ্যাঙ্কর দিতে হবে।*

অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর জন্য নির্দেশাবলী: যদি আপনার নাম বা সংস্থা *বিভাগ 1 -এ* তালিকাভুক্ত থাকে, তাহলে পরিবার পরিকল্পনা এবং জরুরী গর্ভনিরোধ, গর্ভপাত, যৌনরূপে সংবাহিত সংক্রমণ পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, HIV পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, HIV প্রতিরোধ, প্রসবপূর্ব পরিচর্যা, প্রসব বেদনা এবং প্রসব পরিষেবাগুলি, মাদক এবং মদ সংক্রান্ত চিকিৎসা, বা যৌন নিপীড়ন পরিষেবা সহ যে পরিষেবাগুলির জন্য শিশু নিজ-সম্মতি দিতে পারে সেগুলি সম্পর্কে যে কোনও তথ্য বাদ দিয়ে আপনি শিশুটির স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারেন। আপনি শুধুমাত্র এই তথ্য প্রকাশ করতে পারেন যদি আপনাকে এই ফর্মের *বিভাগ 2-এ* এটি করার অনুমতি দেওয়া হয়। যদি পিতামাতা, অভিভাবক, বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি গর্ভপাত, যৌনরূপে সংবাহিত সংক্রমণ পরীক্ষা ও চিকিৎসা, HIV পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, HIV প্রতিরোধ বা মাদক এবং মদ সংক্রান্ত চিকিৎসার জন্য শিশুটির তরফে সম্মতি দেন, তাহলে যদি *বিভাগ 2-এ* শিশুটিও প্রকাশের সম্মতি দেয় শুধুমাত্র সেক্ষেত্রেই তথ্য প্রকাশ করা যেতে পারে। আপনি যদি এই সম্মতি ফর্মের *বিভাগ 2-এ* একটি কপি পান, তাহলে আপনার সাথে নির্দিষ্ট তথ্য শেয়ার করার জন্য Health Home কেয়ার ম্যানেজারকে শিশুর দেওয়া অনুমতি শনাক্ত করার জন্য অনুগ্রহ করে এটি যত্ন সহকারে পর্যালোচনা করুন। **দ্রষ্টব্য:** যদি *বিভাগ 2* প্রদান করা না হয়, তাহলে শিশুটি অনুমতি দেয়নি এবং তাই, এই তথ্যটি আপনার সাথে প্রকাশ বা শেয়ার করা যাবে না।

বিভাগ 1: এই বিভাগটি শিশুর পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি দ্বারা সম্পন্ন হয়।

এই ফর্মে স্বাক্ষর করে, আমি সম্মত হচ্ছি যে:

- এটি আমাকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে যে উপরে নাম উল্লিখিত শিশুটি একটি Health Home থাকার যোগ্য।
- উপরে তালিকাভুক্ত শিশুটি উপরে তালিকাভুক্ত Health Home নথিভুক্ত হয়েছে।
- আমি Health Home FAQ পত্রটি পর্যালোচনা করার সুযোগ পেয়েছি এবং আমার প্রশ্নের উত্তর পেয়েছি।
- আমি বুঝি Health Home প্রোগ্রাম কী এবং এটি কীভাবে শিশুকে সাহায্য করতে পারে। আমি বুঝি Health Home নথিভুক্ত হওয়ার অর্থ কী এবং কেন এই শিশুর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করা হবে।
- Health Home এবং নীচের বিভাগ 1-এ আমার যাদের নাম দিয়েছি এমন যে কেউ _____ শিশুর নাম একে অপরের সাথে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করতে পারে, যেমনটি Health Home প্রোগ্রামে পরিচর্যা ব্যবস্থাপনার উদ্দেশ্যে উপরে নির্দেশাবলীতে বর্ণিত হয়েছে। আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর করার তারিখের আগে বা পরে তারা তথ্য শেয়ার করতে পারেন।
- Health Home এই ফর্মের শেষে তালিকাভুক্ত অংশীদারদের কাছ থেকে এবং/অথবা নিম্নলিখিত ইলেকট্রনিক সিস্টেমের মাধ্যমে অন্যদের কাছ থেকে স্বাস্থ্য রেকর্ড সহ শিশুর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য পেতে পারে:
 - স্টেটওয়াইড হেলথ ইনফরমেশন নেটওয়ার্ক ফর নিউ ইয়র্ক (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY): SHIN-NY নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ দ্বারা পরিচালিত হয়। SHIN-NY তাদের ডাক্তার এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের কাছ থেকে মেডিকেল রেকর্ড সহ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য সংগ্রহ করে এবং সংরক্ষণ করে;
 - সাইকিয়াট্রিক সার্ভিসেস এন্ড ক্লিনিক্যাল নলেজ এনহ্যান্সমেন্ট সিস্টেম (Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System, PSYCKES): PSYCKES নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ মেন্টাল হেলথ দ্বারা চালিত হয়, আপনার ডাক্তার এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী যারা Medicaid প্রোগ্রামের অংশ তাদের থেকে আপনার স্বাস্থ্য চিকিৎসা সংগ্রহ করে এবং সংরক্ষণ করে;
 - TABS/CHOICES TABS/CHOICES নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস ফর পিপল উইথ ডেভেলপমেন্টাল ডিজঅ্যাবিলিটিজ (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) দ্বারা পরিচালিত হয়। TABS/CHOICES -এর পরিষেবা ব্যবস্থার মাধ্যমে পরিবেশিত মেধাগত এবং/অথবা বিকাশজনিত অক্ষমতা (intellectual and/or developmental disabilities, I/DD) থাকা ব্যক্তিদের জন্য তথ্য সংগ্রহ ও সংরক্ষণ করে।
- এছাড়া, Health Home র স্থানীয় সিঙ্গেল পয়েন্ট অফ অ্যাকসেস (Single Point of Access, SPOA)-এর সাথে শিশুর তথ্য শেয়ার করার প্রয়োজন হতে পারে যাতে Health Home কেয়ার ম্যানেজারকে প্রয়োজনীয় মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলি পেতে সাহায্য করা যায়। SPOA মানসিক স্বাস্থ্যবিধি আইন ধারা 41.05 এর অধীনে এবং ধারা 41.07 এবং 41.13-এর কর্তৃত্ব অনুসারে ডেটা দেখতে সক্ষম হয়। SPOA-এর সাথে যোগাযোগ করার অনুমতি নীচের প্রদানকারী পৃষ্ঠায় প্রদান করা যেতে পারে।

আমি বুঝি যে এই সম্মতি ফর্মটি অন্যান্য Health Home তথ্য ভাগ করে নেওয়ার সম্মতি ফর্মের স্থান নেয় যা আমি শিশুটির পক্ষে আগে স্বাক্ষর করে থাকতে পারি। এই সম্মতিটি ততক্ষণ পর্যন্ত কার্যকরী থাকবে যতক্ষণ পর্যন্ত:

- আমি শিশুটিকে প্রত্যাহার না করি, বা
- শিশুটি আর Health Home র জন্য যোগ্য নয়, বা
- Health Home আর ব্যবসায় নেই, বা
- শিশুটি নিজ-সম্মতির (DOH-5055 সম্পূর্ণ করা) বয়সে পৌঁছায় বা পরিস্থিতি দেখা দেয়

আমি যে কোনো সময় এই ফর্ম পরিবর্তন করতে পারি। যদি আমি পরিবর্তন করি, তাহলে আমাকে নির্দেশ মতো (বা নির্ধারিত বক্সের মধ্যে) নামের আদ্যাক্ষর এবং তারিখ দিতে হবে। আমি সবসময় কেয়ার ম্যানেজার, কেয়ার ম্যানেজমেন্ট এজেন্সি বা Health Home র সাথে যোগাযোগ করে শিশুর পক্ষে এই সম্মতি ফিরিয়ে নিতে পারি।

যদি আমি এই সম্মতি ফর্মে স্বাক্ষর না করি, আমি বুঝি যে শিশুর তথ্য শেয়ার করা হবে না।

শিশুর পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম

পিতামাতা, অভিভাবক বা শিশুর সাথে আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির সম্পর্ক লিখুন

শিশুর পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

সমস্ত অংশগ্রহণকারী অংশীদার এবং সদস্যের পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্যদের তালিকাভুক্ত করতে প্রয়োজন অনুসারে এই পৃষ্ঠাটি কপি করুন

শিশুর সমস্ত স্বাস্থ্য প্রদানকারীকে তালিকাভুক্ত করুন যারা নীচে শিশুর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করতে পারেন। তারা যে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করেন তা আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর করার তারিখের আগের এবং পরের হতে পারে। এই প্রদানকারীরা একে অপরের সাথে এবং নীচে তালিকাভুক্ত শিশুর পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা সংস্থার সাথে এই তথ্যগুলি শেয়ার করতে পারে।

এই পৃষ্ঠায় কোনও সময় পরিবর্তন হলে, অভিভাবক, অভিভাবক, বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধিকে অবশ্যই নির্বাচন করতে হবে যে পরিবর্তনটি প্রদানকারীকে যোগ করা বা অপসারণ করা জন্য কিনা, এবং নীচের বাক্সে করা পরিবর্তনের(গুলি) পাশে তারিখ এবং নামের আদ্যাঙ্কর দিতে হবে। Health Home কেয়ার ম্যানেজারকে (Health Home Care Manager, HHCM) অবশ্যই সকল পরিবর্তনেও নামের আদ্যাঙ্কর দিতে হবে।

	যোগ অথবা অপসারণ করুন	পরিবর্তনের তারিখ	পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির নামের আদ্যাঙ্কর	HHCM-এর নামের আদ্যাঙ্কর
Health Home পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা সংস্থা:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
মেডিকেড পরিচালিত পরিচর্যা পরিকল্পনা:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রাথমিক পরিচর্যা চিকিৎসকের নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
পালক পরিচর্যা সংস্থার নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
আচরণগত স্বাস্থ্য প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			
প্রদানকারীর নাম:	<input type="checkbox"/> যোগ অথবা <input type="checkbox"/> অপসারণ করুন			

শুধুমাত্র শিশুর সাথেই সম্পূর্ণ করতে হবে

বিভাগ 2: এই বিভাগটি পর্যালোচনা এবং সম্পূর্ণ করার জন্য শিশু/যুবাদের বয়স 10 বা তার বেশি হতে হবে।

নির্দেশাবলী: বিভাগ 1 সম্পূর্ণ হওয়ার পরে এবং সমস্ত প্রয়োজনীয় পক্ষের দ্বারা স্বাক্ষরিত হওয়ার পরে বিভাগ 2 সম্পূর্ণ করা উচিত। বিভাগ 2 সম্পূর্ণ করতে, শিশু/যুবকের বয়স 10 বা তার বেশি হতে হবে। এই ফর্মের বিভাগ 2 শিশুটির Health Home কেয়ার ম্যানেজার প্রতিনিধি দ্বারা পূরিত হওয়া উচিত। তথ্যের গোপনীয়তার জন্য শিশুর পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি ছাড়াই এই ফর্মটি ব্যক্তিগতভাবে সম্পূর্ণ করা উচিত।

বিভাগ 2 - অংশ A: 10 বছর বা তার বেশি বয়সী শিশুরা কিছু নির্দিষ্ট ধরনের সুরক্ষিত পরিষেবা সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করতে বা আটকে রাখতে সম্মতি দিতে পারে যেমন: পরিবার পরিকল্পনা; জরুরী গর্ভনিরোধ; গর্ভপাত; HIV পরীক্ষা এবং চিকিৎসা প্রদানকারী(রা); HIV প্রতিরোধ সংস্পর্শ-পূর্ব এবং সংস্পর্শ-পরবর্তী প্রতিরোধ ব্যবস্থা (Pre-exposure and Post-exposure Prophylaxis, PrEP/PEP); যৌনরূপে সংবাহিত সংক্রমণ পরীক্ষা এবং চিকিৎসা; প্রসবপূর্ব পরিচর্যা, প্রসব বেদনা/প্রসব; মাদক এবং মদ সংক্রান্ত চিকিৎসা; যৌন নিপীড়ন পরিষেবা।

বিভাগ 2 - অংশ B: 12 বছর বা তার বেশি বয়সের শিশুরা যে মানসিক স্বাস্থ্য বা বিকাশজনিত অক্ষমতা পরিষেবা পাচ্ছে সেগুলি সম্পর্কিত তথ্য তারা শেয়ার করতে বা আটকে রাখতে সম্মতি দিতে পারে। মানসিক স্বাস্থ্য এবং/অথবা বিকাশজনিত অক্ষমতা প্রদানকারী শিশু বা কিশোর-কিশোরীদের জিজ্ঞাসা করতে পারেন যে তারা তাদের তথ্য প্রকাশ করতে দিতে চায় কিনা।

বিভাগ 2 - অংশ A এবং B অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে যদি না: শিশুটি নির্দিষ্ট করা বয়সের প্রয়োজনীয়তা পূরণ করে না (বয়স 10 বা 12 বছর); শিশু এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করতে অনিচ্ছুক বা অক্ষম; শিশু কোনো সুরক্ষিত পরিষেবা চিহ্নিত করে না; শিশু কোনো মানসিক স্বাস্থ্য বা বিকাশজনিত অক্ষমতা পরিষেবা চিহ্নিত করে না; অথবা, বিভাগ 2-এর পর্যালোচনার জন্য শিশুর সাথে HHCM-এর একা দেখা করার জন্য শিশুর পিতা-মাতা/অভিভাবক/আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি কর্তৃক অনুমতি প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে। যদি এই কারণগুলির মধ্যে কোনোটি প্রযোজ্য হয়, তাহলে HHCM-কে অবশ্যই শিশুর রেকর্ডে কারণ(গুলি) স্পষ্টভাবে নথিভুক্ত করতে হবে এবং বিভাগ 2-এর জন্য Health Home পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা ট্র্যাকারটি সম্পূর্ণ করতে হবে এবং যে সদস্য এই পরিষেবাগুলির সমন্বয় করছেন তাকে সহায়তা করার জন্য পরবর্তী তারিখে এই তথ্য পাওয়ার প্রচেষ্টা চালিয়ে যেতে হবে।

বিভাগ 2 - অংশ A:

আমি, _____, বুঝি যে আমি আমার পিতামাতা, অভিভাবক, বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধিকে

শিশুর নাম

জানানো ছাড়াই নির্দিষ্ট কিছু ধরনের স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবার জন্য সম্মতি দিতে পারি। এই পরিষেবাগুলি হল: পরিবার পরিকল্পনা; জরুরী গর্ভনিরোধ; গর্ভপাত; HIV পরীক্ষা এবং চিকিৎসা প্রদানকারী(রা); HIV প্রতিরোধ সংস্পর্শ-পূর্ব এবং সংস্পর্শ-পরবর্তী প্রতিরোধ ব্যবস্থা (PrEP/PEP); যৌনরূপে সংবাহিত সংক্রমণ পরীক্ষা এবং চিকিৎসা; প্রসবপূর্ব পরিচর্যা, প্রসব বেদনা/প্রসব; মাদক এবং মদ সংক্রান্ত চিকিৎসা; যৌন নিপীড়ন পরিষেবা। আমি এও সিদ্ধান্ত নিতে পারি যে কে এই পরিষেবাগুলি সম্পর্কে আমার তথ্য পেতে এবং শেয়ার করতে পারবে।

এই বিভাগে করা যে কোনো পরিবর্তনে শিশু এবং নীচের Health Home কেয়ার ম্যানেজারকে (HHCM) অবশ্যই নামের আদ্যক্ষর এবং তারিখ দিতে হবে।

আমি আমার পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির সাথে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করার জন্য আমার অনুমতি প্রত্যাহার করছি:

নীচের নাম দেওয়া আমার পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির সাথে এই পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করা যাবে।

পরিষেবার প্রকার এবং নাম(গুলি) প্রদানকারী এবং/অথবা সংস্থার	তারিখ	পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম	শিশুর নামের আদ্যক্ষর	তারিখ	HHCM-এর নামের আদ্যক্ষর	তারিখ

এই বিভাগে করা যে কোনো পরিবর্তনে শিশু এবং নীচের Health Home কেয়ার ম্যানেজারকে (HHCM) অবশ্যই নামের আদ্যক্ষর এবং তারিখ দিতে হবে।

আমি প্রদানকারীর সাথে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করার জন্য আমার অনুমতি প্রত্যাহার করছি:

নীচে নাম উল্লেখ করা আমার প্রদানকারীর(দের) সাথে এই পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করা যাবে।

পরিষেবার প্রকার এবং প্রদানকারী এবং/অথবা সংস্থার নাম(গুলি)।	তারিখ	প্রদানকারীর(দের) নাম	শিশুর নামের আদ্যক্ষর	তারিখ	HHCM-এর নামের আদ্যক্ষর	তারিখ

বিভাগ 2 - অংশ B: আপনি যদি মানসিক স্বাস্থ্য এবং/অথবা বিকাশজনিত অক্ষমতা পরিষেবাগুলি গ্রহণ করেন এবং আপনার বয়স বারো বছরের বেশি হয়, তাহলে আপনার প্রদানকারী আপনাকে জিজ্ঞাসা করতে পারে যে আপনি আপনার তথ্য অন্যদের সাথে শেয়ার করতে চান কিনা। আপনি যদি আপত্তি করেন, আপনার প্রদানকারী: অনুরোধটি সম্পূর্ণভাবে প্রত্যাখ্যান করতে পারেন, শুধুমাত্র রেকর্ডের কিছু অংশ পাঠাতে পারেন, অথবা আপনার ক্লিনিকাল রেকর্ডের একটি সারাংশ পাঠাতে পারেন।

এই বিভাগে করা যে কোনো পরিবর্তনে শিশু এবং নীচের Health Home কেয়ার ম্যানেজারকে (HHCM) অবশ্যই নামের আদ্যক্ষর এবং তারিখ দিতে হবে।

আমি আমার পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির সাথে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করার জন্য আমার অনুমতি প্রত্যাহার করছি:

আমার পিতামাতার সাথে এই পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করা যাবে, নীচে নাম উল্লেখ করা অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি:

পরিষেবার প্রকার এবং প্রদানকারী এবং/অথবা সংস্থার নাম(গুলি)।	তারিখ	পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম	শিশুর নামের আদ্যক্ষর	তারিখ	HHCM-এর নামের আদ্যক্ষর	তারিখ
মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলি:						
বিকাশজনিত অক্ষমতা পরিষেবা:						

এই বিভাগে করা যে কোনো পরিবর্তনে শিশু এবং নীচের Health Home কেয়ার ম্যানেজারকে (HHCM) অবশ্যই নামের আদ্যক্ষর এবং তারিখ দিতে হবে।

আমি প্রদানকারীর সাথে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করার জন্য আমার অনুমতি প্রত্যাহার করছি:

নীচে নাম উল্লেখ করা প্রদানকারী(দের) সাথে এই পরিষেবাগুলি সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করা যাবে:

পরিষেবার প্রকার এবং প্রদানকারী এবং/অথবা সংস্থার নাম(গুলি)।	তারিখ	প্রদানকারী(দের) নাম	শিশুর নামের আদ্যক্ষর	তারিখ	HHCM-এর নামের আদ্যক্ষর	তারিখ
মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলি:						
বিকাশজনিত অক্ষমতা পরিষেবা:						

এই ফর্মের বিভাগ 2-এ স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি সম্মতি দিচ্ছি যে:

- আমি Health Home প্রায়শ জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী পত্রটি পর্যালোচনা করার সুযোগ পেয়েছি এবং আমার প্রশ্নের উত্তর পেয়েছি, এবং
- Health Home এবং এই ফর্মের বিভাগ 2-এ আমি নাম উল্লেখ করেছি এমন যে কেউ উপরের তালিকা অনুসারে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করতে পারেন। আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর করার তারিখের আগে এবং পরে তারা তথ্য শেয়ার করতে পারেন।

আমি যে কোনও সময় এই ফর্মের **বিভাগ 2** পরিবর্তন করতে পারি। যদি আমি পরিবর্তন করি, তাহলে আমাকে সেই পরিবর্তনগুলির পাশে (বা নির্ধারিত ব্যাকের মধ্যে) নামের আদ্যক্ষর এবং তারিখ দিতে হবে।

আমি বুঝি যে এই সম্মতি ফর্ম, **বিভাগ 2**, Health Home র অন্যান্য তথ্য শেয়ার করা সম্মতি ফর্ম, **বিভাগ 2**-এর স্থান নেয়, যা আমি আগে স্বাক্ষর করে থাকতে পারি। বিভাগ 2 তত্ত্বাবধান পর্যন্ত কার্যকরী থাকে যতক্ষণ না:

- আমি এটি প্রত্যাহার করি, বা
- আমি আর Health Home র জন্য যোগ্য নই, বা
- Health Home আর ব্যবসায় নেই, বা
- আমার পিতামাতা, অভিভাবক বা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি আমাকে Health Home প্রোগ্রাম থেকে সরিয়ে দেন, অথবা
- আমি নিজ-সম্মতির বয়সে পৌঁছাচ্ছি বা পরিস্থিতি দেখা দেয় (DOH-5055 সম্পূর্ণ করুন)।

শিশুর নাম লিখুন

শিশুর জন্ম তারিখ

শিশুর স্বাক্ষর

তারিখ

Health Home কেয়ার ম্যানেজারের নাম লিখুন

Health Home কেয়ার ম্যানেজারের স্বাক্ষর

তারিখ