

সম্মতি Consent

গ্রাহকদের প্রতি বিজ্ঞপ্তি: ডিপার্টমেন্ট অব সোশ্যাল অ্যান্ড হেল্থ সার্ভিসেস (DSHS) আপনাকে আরো ভাল ভাবে সহায়তা করতে পারে যদি আমরা সেই অন্য সংস্থা এবং পেশাদারদের সাথে কাজ করতে সক্ষম হই যারা আপনাকে তথ্য আপনার পরিবারকে জানে। এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি DSHS এবং নিচে তালিকাভুক্ত সংস্থা এবং ব্যক্তিদের আপনার সম্পর্কে গোপনীয় তথ্য শেয়ার ও ব্যবহার করতে অনুমতি দিচ্ছেন। আপনি যদি এই ফর্মটিতে স্বাক্ষর না করেন তবুও DSHS আপনাকে সুবিধা প্রদানে প্রত্যাখ্যান করতে পারে না যদি না আপনার সম্মতিটি আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করে। আপনি যদি এই ফর্মটি স্বাক্ষর না করেন তবুও, DSHS আইনের মধ্যে অনুমোদিত আপনার সম্পর্ক তথ্য শেয়ার করতে পারে। কেমনভাবে DSHS গ্রাহকের গোপনীয় তথ্য বা আপনার গোপনীয়তার অধিকার শেয়ার করে, সেই সম্পর্কে আপনার প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে গোপনীয়তা অনুশীলনের DSHS নোটিস দেখুন অথবা এই ফর্মটি যিনি আপনাকে দিয়েছেন তাকে জিজ্ঞাসা করুন।

গ্রাহক শনাক্তকরণ:

নাম	জন্ম তারিখ	প্রমাণীকরণ সংখ্যা
ঠিকানা	সিটি	স্টেট
টেলিফোন নম্বর (এরিয়া কোড সহ)	অন্যান্য তথ্য	জিপ কোড

সম্মতি:

আমি আমার সম্পর্কে গোপনীয় তথ্য DSHS কে আমার জন্য বা আইনের দ্বারা অনুমোদিত অন্য উদ্দেশ্যে চিকিৎসা, পেমেন্ট, এবং সুবিধা প্রদান, পরিকল্পনা, এবং সমন্বয়সাধন করতে ব্যবহারে সম্মতি দিচ্ছি। এছাড়াও আমি DSHS এবং নীচের তালিকাভুক্ত সংস্থা, সরবরাহকারী, বা ব্যক্তিদেরকে আমার গোপনীয় তথ্য ব্যবহার এবং এই উদ্দেশ্যে পরস্পরের কাছে প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি। তথ্য মৌখিকভাবে বা কম্পিউটার ডেটা স্থানান্তর, মেল, বা হ্যান্ড ডেলিভারির মাধ্যমে শেয়ার করা হতে পারে। অনুগ্রহ করে DSHS এর পাশাপাশি এই সম্মতিতে অন্তর্ভুক্ত সবাইকে নীচে টিক দিন এবং তাদের নাম ও ঠিকানা সহ সনাক্ত করুন:

<input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী:	_____
<input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী:	_____
<input type="checkbox"/> নেশা জাতীয় দ্রব্য ব্যবহারের ব্যাধি সম্পর্কিত পরিষেবা প্রদানকারী	_____
<input type="checkbox"/> অন্যান্য DSHS চুক্তিবদ্ধ প্রদানকারী:	_____
<input type="checkbox"/> আবাসন কার্যক্রমসমূহ:	_____
<input type="checkbox"/> জেলা স্কুল বা কলেজ:	_____
<input type="checkbox"/> সংশোধনী বিভাগ:	_____
<input type="checkbox"/> কর্মনিযুক্তি নিরাপত্তা/সুরক্ষা বিভাগ এবং এর কর্মনিযুক্তি অংশীদারগণ:	_____
<input type="checkbox"/> সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন বা অন্যান্য ফেডারাল এজেন্সি:	_____
<input type="checkbox"/> সংযুক্ত তালিকা দেখুন	
<input type="checkbox"/> অন্যান্য:	_____

আমি নিম্নলিখিত রেকর্ড ও তথ্যগুলি শেয়ার করতে অনুমতি ও সম্মতি দান করছি (প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন):

<input type="checkbox"/> আমার সকল ক্লায়েন্ট রেকর্ডস	<input type="checkbox"/> সংযুক্ত তালিকায় থাকা রেকর্ডসমূহ
<input type="checkbox"/> কেবলমাত্র নিম্নলিখিত রেকর্ডসমূহ	
<input type="checkbox"/> পরিবার, সামাজিক এবং কর্মনিযুক্তি ইতিহাস	<input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য পরিচর্যা তথ্য
<input type="checkbox"/> পেমেন্টের রেকর্ডসমূহ	<input type="checkbox"/> স্বতন্ত্র মূল্যায়ন
<input type="checkbox"/> অন্যান্য (তালিকাভুক্ত করুন):	<input type="checkbox"/> চিকিৎসা বা পরিচর্যা প্ল্যান
	<input type="checkbox"/> স্কুল, শিক্ষা, ও প্রশিক্ষণ

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: আপনার ক্লায়েন্ট রেকর্ডসে নিম্নলিখিত তথ্যগুলি মধ্যে কোনোটি অন্তর্ভুক্ত থাকে, তাহলে আপনাকে অবশ্যই এইগুলি রেকর্ডসে অন্তর্ভুক্ত করতে এই বিভাগটিও পূরণ করতে হবে।

আমি নিম্নলিখিত রেকর্ডগুলি প্রকাশ করতে অনুমতি দিচ্ছি (প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন):

<input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্য	<input type="checkbox"/> এইচআইভি/এইডস বা এসটিডি পরীক্ষার ফলাফল, রোগ সনাক্তকরণ অথবা চিকিত্সা	<input type="checkbox"/> নেশাজাতীয় দ্রব্য ব্যবহারের ব্যাধি
---	---	---

- এই সম্মতিটি এক বছরের জন্য বৈধ যতদিন পর্যন্ত DSHS এর রেকর্ডগুলির প্রয়োজন হয়, বা এই পর্যন্ত _____ (তারিখ বা ঘটনা)।
- আমি লিখিতভাবে যে কোনও সময় এই অনুমতি রদ বা প্রত্যাহার করতে পারি, কিন্তু এটি ইতিমধ্যেই শেয়ার করা কোনও তথ্যকে প্রভাবিত করবে না।
- আমি বুঝেছি এই সম্মতির অধীনে শেয়ার করা রেকর্ডগুলি DSHS -এ প্রযোজ্য আইনের অধীনে আর সুরক্ষিত নাও থাকতে পারে।
- এই ফর্মের অনুলিপি রেকর্ডগুলি শেয়ার করার জন্য আমার অনুমতি দেওয়ার জন্য বৈধ।

স্বাক্ষর	তারিখ	স্বাক্ষী / নোটটির (স্বাক্ষর এবং মুদ্রিত নাম, যদি প্রযোজ্য হয়)	তারিখ
পিতামাতা বা অন্যান্য প্রতিনিধির স্বাক্ষর (প্রযোজ্য হলে)		টেলিফোন নম্বর (এরিয়া কোড সহ)	তারিখ

যদি আমি রেকর্ডগুলির বিষয় না হই, তাহলেও আমি স্বাক্ষর করার জন্য অনুমোদিত কারণ আমি: (কর্তৃপক্ষের প্রমাণপত্র সংযুক্ত করুন)

<input type="checkbox"/> পিতা-মাতা	<input type="checkbox"/> আইনানুগ অভিভাবক (আদালতের আদেশ সংযুক্ত করুন)	<input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত প্রতিনিধি	<input type="checkbox"/> অন্যান্য:
------------------------------------	--	--	------------------------------------

তথ্য প্রাপককে বিজ্ঞপ্তি: যদি এই রেকর্ডগুলিতে এইচআইভি, এসটিডি বা এইডস সম্পর্কে তথ্য থাকে, তাহলে আপনি ক্লায়েন্টের নির্দিষ্ট অনুমতি ব্যতীত তথ্য প্রকাশ নাও করতে পারেন। যদি আপনি ক্লায়েন্টের মদ বা মাদকদ্রব্যের অপব্যবহারের সাথে সম্পর্কিত তথ্য পেয়ে থাকেন, তবে 42 CFR 2.32 অনুযায়ী আরো প্রয়োজনীয় তথ্য প্রকাশ করার সময় আপনাকে অবশ্যই নিম্নলিখিত বিবৃতি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে:

এই তথ্যটি ফেডারাল গোপনীয়তা আইন (42 CFR অংশ 2) দ্বারা সুরক্ষিত রেকর্ড থেকে আপনার কাছে প্রকাশ করা হয়েছে। ফেডারেল আইন এই তথ্য আরো প্রকাশ করার থেকে আপনাকে বাধা দান করে যতক্ষণ না পরবর্তী প্রকাশটি সেই সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিটির লিখিত সম্মতি দ্বারা স্পষ্টভাবে অনুমোদিত হয়, বা অন্যথায় 42 CFR অংশ 2 দ্বারা অনুমোদিত হয়। এই উদ্দেশ্যে চিকিৎসা বিষয়ক বা অন্যান্য তথ্যের পুনঃপ্রকাশের জন্য একটি সাধারণ অনুমোদন বা অধিকার প্রদান যথেষ্ট নয়। ফেডারাল আইনগুলি কোনও মদ বা মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার করা রোগীদের বিরুদ্ধে ফৌজদারী তদন্ত বা বিচারের জন্য কোনও তথ্য ব্যবহারে নিয়ন্ত্রণ করে না।

সম্মতি পত্র সম্পূর্ণ করার জন্য নির্দেশাবলী

উদ্দেশ্য: এই ফর্মটি ব্যবহার করুন যখন DSHS এর মধ্যে আপনার একটি ক্লায়েন্ট সম্পর্কে অবিরত ভিত্তিতে গোপনীয় তথ্য ব্যবহারের প্রয়োজন হয় অথবা সেই তথ্যটি অন্য সংস্থার কাছে পরিষেবা সমন্বয়ের জন্য বা চিকিৎসা বা পেমেন্ট বা সংস্থা পরিচালনার জন্য অথবা আইনের দ্বারা অনুমোদিত অন্য উদ্দেশ্যে প্রকাশের প্রয়োজন হয়। ক্লায়েন্টরা হলেন সেই সকল ব্যক্তি যারা DSHS থেকে সুবিধা বা পরিষেবা গ্রহণ করে।

ব্যবহার: এই ফর্মটি সহজে পড়ার জন্য সম্ভব হলে বৈদ্যুতিনভাবে পূরণ করুন, **শিশু সহ, প্রতিটি ব্যক্তির জন্য আলাদা আলাদা ফর্ম পূরণ করতে হবে।** নির্দেশাবলীতে "আপনি" বলতে DSHS কর্মীকে বোঝায় এবং ফর্মে "আপনি" বলতে ক্লায়েন্টকে বোঝায়। একজন ক্লায়েন্ট সম্পর্কে গোপনীয় তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশের মধ্যে রেকর্ডস শেয়ার করা অন্তর্ভুক্ত।

ফর্মের অংশ:

চিহ্নিতকরণ:

- **নাম:** প্রতিটি ফর্মে কেবলমাত্র একজন ক্লায়েন্টের নাম দিন। পরিষেবাগুলি পাবার সময় আগের কোনো নাম থাকলে তা অন্তর্ভুক্ত করুন।
- **জন্ম তারিখ:** এইকই নামের ব্যক্তিদের থেকে ক্লায়েন্টকে চিহ্নিত করতে প্রয়োজন।
- **প্রমাণীকরণ নম্বর:** রেকর্ড সনাক্তকরণ এবং ইতিহাস ও প্রাপ্ত পরিষেবা চিহ্নিতকরণে সহায়তা করতে একটি ক্লায়েন্ট প্রমাণীকরণ নম্বর বা একটি সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (প্রয়োজন নেই) এর ন্যায় অন্য সনাক্তকারী প্রদান করুন।
- ঠিকানা এবং টেলিফোন:** অতিরিক্ত তথ্য যা ক্লায়েন্টের অবস্থান নির্ণয় ও চিহ্নিত করতে বা যোগাযোগ করতে সাহায্য করবে।
- **অন্য:** এই ঘরটিতে অন্য কোনো অতিরিক্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন যা রেকর্ডগুলির অবস্থান নির্ণয় করতে সাহায্য করতে পারে যেগুলি DSHS- এর অংশ, পরিবারের সদস্যদের নাম, বা অন্যান্য প্রাসঙ্গিক তথ্যগুলির সাথে জড়িত থাকতে পারে।

সম্মতি (অনুমোদন):

- **রেকর্ডগুলি বিনিময়কারী সংস্থা বা ব্যক্তি:** ক্লায়েন্টটির এই ফর্মটি পূরণ সকল DSHS এর মধ্যে গোপনীয় তথ্য ব্যবহার ও শেয়ার করতে অনুমতি দেয়। DSHS তালিকাভুক্ত বাইরের সংস্থা বা ব্যক্তিদের গোপনীয় তথ্য প্রকাশ করতে এবং গ্রহণ করতে সক্ষম হবে। সম্ভব হলে নাম, ঠিকানা বা অবস্থান সহ সংস্থা বা প্রদানকারীদের সম্পর্কে সনাক্তকরণ তথ্য প্রদান করুন। আপনি এমন সংস্থাগুলির একটি তালিকাও সংযুক্ত করতে পারেন যারা সেই তথ্য শেয়ার করার জন্য অনুমোদিত, যেটা ক্লায়েন্টকে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে।
- **তথ্যের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত:** ক্লায়েন্টদের অবশ্যই নির্দেশ করতে হবে কোন রেকর্ডগুলি সম্মতির দ্বারা আচ্ছাদিত। ক্লায়েন্টরা সমস্ত রেকর্ড উপলব্ধ করতে পারেন বা তারিখ, ধরণ বা উৎস দ্বারা অন্তর্ভুক্ত রেকর্ডগুলি সীমাবদ্ধ করতে পারেন। যদি একজন ক্লায়েন্ট একটি সম্মতি স্বাক্ষর না করেন বা একটি বিশেষ রেকর্ড নির্দিষ্ট না করেন, তবুও সেই রেকর্ডটি আইনের দ্বারা অনুমোদিত হলে শেয়ার করা অনুমতি থাকবে। আপনি আচ্ছাদিত রেকর্ডের একটি তালিকা সংযুক্ত করতে পারেন যা ক্লায়েন্টকে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে। যদি কোনও রেকর্ডে মানসিক স্বাস্থ্য (RCW 71.05.620), এইচআইভি/এইডস বা এসটিডি পরীক্ষা বা চিকিৎসা (RCW 70.02.220), বা মাদকদ্রব্য এবং অ্যালকোহল সেবা (42 CFR 2.31(a)(5)) সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, তবে ক্লায়েন্টকে বিশেষ করে এই রেকর্ডগুলি শেয়ার করার অনুমতি দেওয়ার জন্য সেই এলাকাগুলিকে অবশ্যই চিহ্নিত করতে হবে। এই ফর্মটি 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) এর অধীনে সাইকোথেরাপি নোটগুলি অন্তর্ভুক্ত করার জন্য বৈধ নয় এবং সেই রেকর্ডগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করার জন্য একটি পৃথক ফর্ম পূরণ করতে হবে।
- **সময়কাল:** আপনার প্রোগ্রামের উদ্দেশ্য বা আইন দ্বারা প্রদত্ত সম্মতির জন্য একটি মেয়াদ শেষের তারিখটি অন্তর্ভুক্ত করুন।
- **উপলব্ধি:** নিশ্চিত হয়ে নিন যে কি অনুমতি দেওয়া হচ্ছে এবং কিভাবে ও কেন তথ্য শেয়ার করা হবে তা ক্লায়েন্ট বুঝতে পেরেছেন। প্রয়োজনে, অনুবাদ করা ফর্ম এবং অনুবাদক ব্যবহার করুন অথবা ফর্মটি উচ্চস্বরে পড়ুন। যদি ক্লায়েন্টের আরো তথ্যের প্রয়োজন হয়, DSHS গোপনীয়তা প্র্যাকটিসেসের নোটিশের একটি অতিরিক্ত অনুলিপি প্রদান করুন অথবা ক্লায়েন্টকে আপনার ইউনিটের পাবলিক ডিসক্লোজার অফিসারের কাছে প্রেরণ করুন।

স্বাক্ষর:

- **ক্লায়েন্ট:** সম্মতি বয়সের উপর ক্লায়েন্ট বা একটি সন্তানের আছে (মানসিক স্বাস্থ্য এবং মাদক ও অ্যালকোহল সেবার জন্য 13; এইচআইভি/এইডস এবং অন্যান্য এসটিডি জন্য 14; জন্ম নিয়ন্ত্রণ এবং গর্ভপাতের জন্য যে কোনও বয়স; স্বাস্থ্যসেবা এবং অন্যান্য রেকর্ডের জন্য 18) এই ঘরটি স্বাক্ষর করুন এবং স্বাক্ষরের তারিখটি প্রবেশ করান। ক্লায়েন্ট এই ঘরে একটি চিহ্ন প্রতিস্থাপন করতে পারেন যা আপনি সাক্ষী।
- **সাক্ষী বা নোটারি:** আপনি যদি এই ফর্মটি ব্যক্তিগতভাবে জমা না দেন বা কোনও প্রোগ্রাম যাচাইকরণের অনুরোধ করে তবে আপনার পরিচয় যাচাই করার জন্য একজন সাক্ষী বা নোটারির প্রয়োজন হতে পারে। এই ব্যক্তিকে স্বাক্ষর করে তার নাম লিখতে হবে।
- **পিতামাতা বা অন্যান্য প্রতিনিধি:** যদি ক্লায়েন্ট সম্মতিদানের বয়সের কম বয়সের একজন শিশু হয়, তবে একজন পিতামাতা বা অভিভাবককে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে। যদি শিশুটি সব রেকর্ডগুলি শেয়ার করার জন্য সম্মতি দানের বয়সটি পূরণ না করে, শিশু এবং অভিভাবক উভয়কে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে। যদি ক্লায়েন্টকে আইনত অযোগ্য বলে ঘোষণা করা হয়, তাহলে আদালতের নিযুক্ত করা অভিভাবককে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে এবং নিযুক্তির আদেশের একটি অনুলিপি প্রদান করতে হবে। যদি অন্য ক্ষমতার কেউ (একজন অ্যাটর্নি বা একটি এস্টেট প্রতিনিধি ক্ষমতা সম্পন্ন একজন ব্যক্তি সহ) স্বাক্ষর করেন, তাহলে "অন্য" চিহ্নিত করুন এবং কাজ করার জন্য আইনি কর্তৃপক্ষের একটি অনুলিপি প্রাপ্ত করুন। স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির স্বাক্ষরের তারিখ অবশ্যই দিতে হবে এবং একটি টেলিফোন নম্বর বা যোগাযোগের তথ্য দিন।