

সম্মতি CONSENT

গ্রাহকদের প্রতিশ্রুতি: 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 তথা আপনার পরিবারকে জানে। এই ফর্ম স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি DSHS এবং নটি তালিকাভুক্ত সংস্থা এবং ব্যক্তিদের আপনার সম্পর্কে গোপনীয় তথ্য শেয়ার ও ব্যবহার করতে অনুমতি দিচ্ছেন। আপনি যদি এই ফর্মটি স্বাক্ষর না করেন তবুও DSHS আপনাকে সুবিধা প্রদান প্রত্যাশা করতে পারে না যদি না আপনার সম্মতি আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করে। আপনি যদি এই ফর্মটি স্বাক্ষর না করেন তবুও, DSHS আইনের মধ্য অন্তর্ভুক্ত আপনার সম্পর্ক তথ্য শেয়ার করতে পারে। কমেভাবে DSHS গ্রাহককে গোপনীয় তথ্য বা আপনার গোপনীয়তার অধিকার শেয়ার করে, সেই সম্পর্কে আপনার প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে গোপনীয়তা অনুশীলনের DSHS নোটিস দেখুন অথবা এই ফর্মটি ফির্মা আপনাকে দিয়েছেন তাকে জিজ্ঞাসা করুন।

গ্রাহক শনাক্তকরণ:			
নাম	জন্ম তারিখ	প্রমাণিকরণ সংখ্যা	
ঠিকানা	সিটি	স্টেট	জিপি কোড
টেলিফোন নম্বর (এরিয়া কোড সহ)	অন্যান্য তথ্য		

সম্মতি:

আমি আমার সম্পর্কে গোপনীয় তথ্য DSHS কে আমার জন্ম বা আইনের দ্বারা অনুমোদিত অন্য উদ্দেশ্যে চর্কি/সা, পমেন্ট, 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 ডটো স্থানান্তর, মনে, বা হ্যান্ড ডেলিভারি মাধ্যমে শেয়ার করা হতে পারে।
অনুগ্রহ করে DSHS এর পাশাপাশি এই সম্মতিতে অন্তর্ভুক্ত সবাইকে নীচে টিকি দিন এবং তাদের নাম ও ঠিকানা সহ সনাক্ত করুন:

- স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী: _____
- স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী: _____
- কমেকাল ডিপেন্ডেন্সি পরিষেবা প্রদানকারী: _____
- অন্যান্য DSHS চুক্তিবিধি প্রদানকারী: _____
- আবাসন কার্যক্রমসমূহ: _____
- জন্ম স্কুল বা কলেজ: _____
- সংশোধনী বিভাগ: _____
- কর্মময়িক্তি নিরাপত্তা/সুরক্ষা বিভাগ এবং এর কর্মময়িক্তি অংশীদারগণ: _____
- সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন বা অন্যান্য ফডেরাল এজেন্সি: _____
- সংযুক্ত তালিকা দেখুন
- অন্যান্য: _____

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

- আমার সকল কল্লোনেট রেকর্ডস
- সংযুক্ত তালিকায় থাকা রেকর্ডস
- কবেলমাত্র নিম্নলিখিত রেকর্ডস
 - পরিবার, সামাজিক এবং কর্মময়িক্তি ইতিহাস
 - স্বাস্থ্য পরিচর্যা তথ্য
 - চর্কি/সা বা পরিচর্যা প্ল্যান
 - পমেন্টের রেকর্ডস
 - স্বতন্ত্র মূল্যায়ন
 - স্কুল, শিক্ষা, ও প্রশিক্ষণ
 - অন্যান্য (তালিকাভুক্ত করুন): _____

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: আপনার কল্লোনেট রেকর্ডসে নিম্নলিখিত তথ্যগুলি মধ্য কয়েকটি অন্তর্ভুক্ত থাকে, তাহলে আপনাকে অবশ্যই এইগুলি রেকর্ডসে অন্তর্ভুক্ত করতে এই বিভাগটি পূরণ করতে হবে।

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

- মানসিক স্বাস্থ্য
- এইচআইভি/এইডস এবং এসটিডি পরীক্ষার ফলাফল, রোগ নির্ণয়, বা চিকিৎসা
- কেমিকাল ডিপেন্ডেন্সি পরিষেবাসমূহ

- এই সম্মতিটি এক বছরের জন্য বধি যতদিন পর্যন্ত DSHS এর রেকর্ডগুলির প্রয়োগ হয়, বা এই পর্যন্ত _____ (তারিখ বা ঘটনা)।
- আমি লিখিতভাবে যে কোনও সময় এই অনুমতি রিদ 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 বধি।

স্বাক্ষর	তারিখ	এজেন্সি যোগাযোগ/সাক্ষীর স্বাক্ষর	তারিখ
----------	-------	----------------------------------	-------

পতিমাতা বা অন্যান্য প্রতিনিধির স্বাক্ষর (প্রয়োজ্য হলে)	টেলিফোন নম্বর (এরিয়া কোড সহ)	তারিখ	
যদি আমি রেকর্ডগুলির বিষয় না হই, তাহলেও আমি স্বাক্ষর করার জন্য অনুমোদিত কারণ আমি: (কর্তৃত্বের প্রমাণপত্র সংযুক্ত করুন)			
<input type="checkbox"/> পতি-মাতা	<input type="checkbox"/> আইনানুগ অভিভাবক (আদালতের আদেশে সংযুক্ত করুন)	<input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত প্রতিনিধি	<input type="checkbox"/> অন্যান্য:

তথ্য প্রাপককে বজ্রংপ্ত: যদি এই রেকর্ডগুলিতে এইচআইভি, এসটিডি বা এইডস সম্পর্কে তথ্য থাকে, তাহলে আপনিক্লায়নেটেরে নরিদশিট অনুমতি
ব্যতীত তথ্য প্রকাশ নাও করতে পারনে। যদি আপনিক্লায়নেটেরে মদ বা মাদকদ্রব্যেরে অপব্যবহারেরে সাথে সম্পর্কিত তথ্য পয়ে থাকনে, তবে 42 CFR 2.32
অনুযায়ী আরো প্রয়োজনীয় তথ্য প্রকাশ করার সময় আপনাকে অবশ্যই নমিনলখিতি ববিত্তি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে:

এই তথ্যটি ফডোরাল গোপনীয়তা আইন (42 CFR অংশ 2) দ্বারা সুরক্ষিত রেকর্ড থেকে আপনার কাছে প্রকাশ করা হয়েছে। ফডোরলে আইন এই তথ্য আরো প্রকাশ
করার থেকে আপনাকে বাধা দান করে যতক্ষণ না পরবর্তী প্রকাশটি সেই সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিটির লখিতি সম্মতি দ্বারা স্পষ্টভাবে অনুমোদিত হয়, বা অন্যথায় 42 CFR
অংশ 2 দ্বারা অনুমোদিত হয়। এই উদ্দেশ্যে চর্কিঁসা বিষয়ক বা অন্যান্য তথ্যেরে পুনঃপ্রকাশেরে জন্য একটি সাধারণ অনুমোদন বা অধিকার প্রদান যথেষ্ট নয়।
ফডোরাল আইনগুলি কোনও মদ বা মাদকদ্রব্যেরে অপব্যবহার করা রেগৌদরে ববিত্তি ফৌজদারী তদন্ত বা বিচারেরে জন্য কোনও তথ্য ব্যবহারে নিয়ন্ত্রণ করে না।

সম্মতি পত্র সম্পূর্ণ করার জন্য নরিদশোবলী

উদ্দেশ্য: এই ফর্মটি ব্যবহার করুন যখন DSHS এর মধ্যমে আপনার একটি ক্লায়নেট সম্পর্কে অবরিত ভিত্তিতে গোপনীয় তথ্য ব্যবহারের প্রয়োজন হয় অথবা সেই তথ্যটি অন্য সংস্থার কাছে পরষিবো সমন্বয়ের জন্য বা চিকিৎসা বা পমেন্টে বা সংস্থা পরচালনার জন্য অথবা আইনরে দ্বারা অনুমোদিত অন্য উদ্দেশ্যে প্রকাশের প্রয়োজন হয়। ক্লায়নেটরা হলনে সেই সকল ব্যক্তৃ যারা DSHS থেকে সুবধা বা পরষিবো গ্রহণ করে।

ব্যবহার: এই ফর্মটি সহজে পড়ার জন্য সম্ভব হলে বৈদ্যুতনিভাবে পূরণ করুন, **শিশু সহ, প্রতৃটি ব্যক্তৃর জন্য আলাদা আলাদা ফর্ম পূরণ করতে হবে।** নরিদশোবলীতে "আপনি" বলতে DSHS কর্মীকে বোঝায় এবং ফর্মে "আপনি" বলতে ক্লায়নেটকে বোঝায়। একজন ক্লায়নেট সম্পর্কে গোপনীয় তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশের মধ্যমে রেকর্ডস শয়োর করা অন্তর্ভুক্ত।

ফর্মে অংশ:

চহ্নিতিকরণ:

- **নাম:** প্রতৃটি ফর্মে কেবলমাত্র একজন ক্লায়নেটের নাম দিন। পরষিবোগুলি পাবার সময় আগরে কোনো নাম থাকলে তা অন্তর্ভুক্ত করুন।
- **জন্ম তারখি:** এইকই নামরে ব্যক্তৃদিরে থেকে ক্লায়নেটকে চহ্নিতি করতে প্রয়োজন।
- **প্রমাণীকরণ নম্বর:** রেকর্ড সনাক্তকরণ এবং ইতহাস ও প্রাপ্ত পরষিবো চহ্নিতিকরণে সহায়তা করতে একটি ক্লায়নেট প্রমাণীকরণ নম্বর বা একটি সেশ্যল সিকিউরিটি নম্বর (প্রয়োজন নহে) এর ন্যায় অন্য সনাক্তকারী প্রদান করুন।
- ঠিকানা এবং টলেফোন:** অতিরিক্ত তথ্য যা ক্লায়নেটের অবস্থান নরিণয় ও চহ্নিতি করতে বা যোগাযোগ করতে সাহায্য করবে।
- **অন্য:** এই ঘরটিতে অন্য কোনো অতিরিক্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন যা রেকর্ডগুলির অবস্থান নরিণয় করতে সাহায্য করতে পারে যোগুলি DSHS- এর অংশ, পরিবারের সদস্যদের নাম, বা অন্যান্য প্রাসঙ্গিক তথ্যগুলির সাথে জড়িত থাকতে পারে।

সম্মতি (অনুমোদন):

- **রেকর্ডগুলি বিনিময়কারী সংস্থা বা ব্যক্তৃ:** ক্লায়নেটটির এই ফর্মটি পূরণ সকল DSHS এর মধ্যমে গোপনীয় তথ্য ব্যবহার ও শয়োর করতে অনুমতি দিয়ে। DSHS তালিকাভুক্ত বাইরে সংস্থা বা ব্যক্তৃদিরে গোপনীয় তথ্য প্রকাশ করতে এবং গ্রহণ করতে সক্ষম হবে। সম্ভব হলো নাম, ঠিকানা বা অবস্থান সহ সংস্থা বা প্রদানকারীদিরে সম্পর্কে সনাক্তকরণ তথ্য প্রদান করুন। আপনি এমন সংস্থাগুলির একটি তালিকাও সংযুক্ত করতে পারনে যারা সেই তথ্য শয়োর করার জন্য অনুমোদিত, যারা ক্লায়নেটকে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে।
- **তথ্যরে মধ্যমে অন্তর্ভুক্ত:** ক্লায়নেটদের অবশ্যই নরিদশে করতে হবে কোন রেকর্ডগুলি সম্মতির দ্বারা আচ্ছাদিত। ক্লায়নেটরা সমস্ত রেকর্ড উপলব্ধ করতে পারনে বা তারখি, ধরণ বা উস দ্বারা অন্তর্ভুক্ত রেকর্ডগুলি সীমাবদ্ধ করতে পারনে। যদি একজন ক্লায়নেট একটি সম্মতি স্বাক্ষর না করনে বা একটি বিশেষ রেকর্ড নরিদশিট না করনে, তবুও সেই রেকর্ডটি আইনরে দ্বারা অনুমোদিত হলো শয়োর করা অনুমতি থাকবে। আপনি আচ্ছাদিত রেকর্ডরে একটি তালিকা সংযুক্ত করতে পারনে যা ক্লায়নেটকে 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 সর্বো (42 CFR 2.31(a)(5)) সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, তবে ক্লায়নেটকে বিশেষ করে এই রেকর্ডগুলি শয়োর করার অনুমতি দেওয়ার জন্য সেই এলাকাগুলিকে অবশ্যই চহ্নিতি করতে হবে। এই ফর্মটি 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) এর অধীনে সাইকোথেরাপি নোটগুলি অন্তর্ভুক্ত করার জন্য বধৈ নয় এবং সেই রেকর্ডগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করার জন্য একটি পৃথক ফর্ম পূরণ করতে হবে।
- **সময়কাল:** আপনার প্রোগ্রামরে উদ্দেশ্য বা আইন দ্বারা প্রদত্ত সম্মতির জন্য একটি ময়োধ শযেরে তারখিটি অন্তর্ভুক্ত করুন।
- **উপলব্ধি:** নিশ্চিত হয়নি যে কই অনুমতি দেওয়া হচ্ছ এবং কইভাবে ও কনে তথ্য শয়োর করা হবে তা ক্লায়নেট বুঝতে পরেছেনে। প্রয়োজনে, অনুবাদ করা ফর্ম এবং অনুবাদক ব্যবহার করুন অথবা ফর্মটি উচ্চশ্রবরে পড়ুন। যদি ক্লায়নেটরে আরো তথ্যরে প্রয়োজন হয়, DSHS গোপনীয়তা প্রযুক্তিসেসরে নোটশিরে একটি অতিরিক্ত অনুলপি প্রদান করুন অথবা ক্লায়নেটকে আপনার ইউনিটরে পাবলিক ডিসক্লোজার অফসিয়াররে কাছ পরেণ করুন।

স্বাক্ষর:

ক্লায়নেট: সম্মতি বয়সরে উপর ক্লায়নেট বা একটি সন্তানের আছে (মানসিক স্বাস্থ্য এবং মাদক ও অ্যালকোহল সর্বোর জন্য 13; এইচআইভি/এইডস এবং অন্যান্য এসটিডি জন্য 14; জন্ম নিয়ন্ত্রণ এবং গর্ভপাতরে জন্য যা কোনও বয়স; স্বাস্থ্যসর্বো এবং অন্যান্য রেকর্ডরে জন্য 18) এই ঘরটি সাক্ষর করুন এবং স্বাক্ষররে তারখিটি প্রবশে করান। ক্লায়নেট এই ঘরে একটি চহ্নি প্রতৃস্থাপন করতে পারনে যা আপনি সাক্ষরী।

- সংস্থার যোগাযোগে তথ্য বা সাক্ষী: আপনি এই ঘরে স্বাক্ষর করবেন যদি আপনি ক্লায়েন্টের কাছে ফর্মটি উপস্থাপন এবং ব্যাখ্যা করছেন। অনুগ্রহ করে আপনার টেলিফোন নম্বরটি অন্তর্ভুক্ত করুন। যদি ক্লায়েন্ট কোনো ব্যবসার সাইট থেকে ফর্মটি স্বাক্ষর করেন, তবে ক্লায়েন্টকে এই ব্লককে সাক্ষীতে সাইন করতে নির্দেশে করুন এবং একটি টেলিফোন নম্বর দিন। একটি নোটের পাবলিক ক্লায়েন্টের স্বাক্ষরকে সাক্ষী হিসাবে কাজ করতে পারে।
- পতিমাতা বা অন্যান্য প্রতিনিধি: যদি ক্লায়েন্ট সম্মতিদানের বয়সের কম বয়সের একজন শিশু হয়, তবে একজন পতিমাতা বা অভিভাবককে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে। যদি শিশুটি সব রেকর্ডগুলি শয়োর 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 অনুলপি প্রদান করতে হবে। যদি অন্য ক্ষমতার কডে (একজন অ্যাটর্নি বা একটি এস্টেটে প্রতিনিধি ক্ষমতা সম্পন্ন একজন ব্যক্তি সহ) স্বাক্ষর করেন, তাহলে “অন্য” চিহ্নিত করুন এবং কাজ করার জন্য আইনি কর্তৃপক্ষের একটি অনুলপি প্রাপ্ত করুন। স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির স্বাক্ষরকে তারিখ অবশ্যই দিতে হবে এবং একটি টেলিফোন নম্বর বা যোগাযোগে তথ্য দিন।