

## হিপা (এইচ আই পি এ এ) জয়েন্ট প্রাইভেসি নোটিশ HIPAA JOINT PRIVACY NOTICE

এই জয়েন্ট নোটিশটি তুলে ধরেছে, কীভাবে আপনার সাথে সম্পর্কিত চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশিত হতে পারে এবং কীভাবে আপনি এই তথ্যাবলি সম্পর্কে জানতে পারেন। অনুগ্রহপূর্বক যত্ন সহকারে বিষয়টি পর্যালোচনা করুন।

### ভূমিকা

এই জয়েন্ট নোটিশটি আপনাকে প্রদান করা হচ্ছে The Advanced Center for Psychotherapy এর পক্ষ থেকে এবং এই সেন্টারে যেসকল কর্মচারী এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী অত্র সেন্টারের দেয়া সেবাসমূহের বিষয়ে কাজ করে থাকেন তাদের পক্ষ থেকে (এখানে, সম্মিলিতভাবে "আমরা" বা "আমাদের" বলা যেতে পারে)। আমরা এটা বুঝি যে, আপনার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্যাবলি একান্তই ব্যক্তিগত এবং গোপনীয়। এছাড়া আমরা আমরা আইনত "স্বাস্থ্য বিষয়ক সংরক্ষিত তথ্য/ পি এইচ আই"র গোপনীয়তা রক্ষা করতে বাধ্য, যার মধ্যে আছে, যেকোন সনাক্তকারী তথ্য যা আমরা আপনার কিংবা অন্য কারো কাছ থেকে সংগ্রহ করেছি এবং যার মাধ্যমে আপনার অতীত, বর্তমান বা ভবিষ্যতের শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্য, আপনার নেয়া স্বাস্থ্যসেবা অথবা স্বাস্থ্যসেবার জন্য ব্যয় করা অর্থের সাথে সম্পর্কিত। আমরা অত্র সেন্টারে চিকিৎসা দেয়ার জন্য, পেমেন্টের জন্য এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের স্বার্থে প্রয়োজন অনুসারে একে অপরের সাথে সংরক্ষিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য আদান-প্রদান করবো।

আইন অনুসারে, এই নোটিশটি আপনার কাছে তুলে ধরেছে, আপনার অধিকার, আমাদের আইনসম্মত দায়িত্ব এবং "সংরক্ষিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য" অনুসারে গোপনীয়তার সাথে চিকিৎসা সেবা প্রদানের প্রতিশ্রুতি। সেই সাথে আলোচনা করছে, কীভাবে আমরা আপনার "সংরক্ষিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য" ব্যবহার ও প্রকাশ করবো। আমরা অবশ্যই এই নোটিশের আলোকে কাজ করতে বাধ্য এবং যা বর্তমানে বহাল আছে, যদিও এই নোটিশের শর্তাবলী পরিবর্তন করার অধিকার আমাদের আছে। আপনি যেকোন সময় সেন্টারের ম্যানেজারের কাছে আমাদের সবচাইতে সাম্প্রতিক নোটিশের লিখিত কপির্ জন্য আবেদন করতে পারেন কিংবা [www.jamaicahospital.org](http://www.jamaicahospital.org) এই ঠিকানায় আমাদের ওয়েবসাইট থেকে দেখতে পারেন।

### অনুমোদিত তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশনা

আমরা চিকিৎসা দেয়ার জন্য, পেমেন্টের জন্য এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের স্বার্থে সংরক্ষিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারি, যা আমরা কিছু উদাহরণ সহকারে নিম্নে বর্ণনা করেছি।

- চিকিৎসা মানে আপনার স্বাস্থ্যসেবার নিরাপত্তা বিধান করা, সমন্বয় সাধন করা অথবা তার ব্যবস্থা করা যার মধ্যে আছে, স্বাস্থ্য বিষয়ক পরামর্শ প্রদান এবং একজন স্বাস্থ্যকর্মীর কাছ থেকে অন্য স্বাস্থ্যকর্মীর কাছে রেফারেল। উদাহরণস্বরূপ, একজন ডাক্তার যিনি আপনার ভাঙ্গা পায়ের চিকিৎসা করছেন তিনি আপনার ডায়বেটিস আছে কিনা জানতে চাইতে পারেন কেননা ডায়বেটিস আরোগ্য লাভের প্রক্রিয়া ধীর করতে পারে। একই সাথে, ডাক্তার প্রয়োজনবোধে একজন ফিজিক্যাল থেরাপিস্টের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন যাতে আপনার চিকিৎসার জন্য উপযুক্ত ব্যায়ামের তালিকা তৈরি করা যায়।

- পেমেন্ট মানে আপনাকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য ব্যয়িত অর্থ পুনর্স্থাপনের জন্য আমরা যেসকল ব্যবস্থা গ্রহণ করে থাকি। যার মধ্যে আছে বিলিং, কালেকশান, দাবি ব্যবস্থাপনা, যোগ্যতা নির্ধারণ এবং কাভারেজ/আওতা নির্দিষ্টকরণ এবং অন্যান্য রিভিউ/পর্যালোচনা বিষয়ক ব্যবহার। উদাহরণ স্বরূপ, আপনার তৃতীয় পক্ষের খরচ বহনকারীকে আমরা পি এইচ আই দিতে পারি যাতে করে প্রস্তাবিত চিকিৎসা ব্যবস্থার জন্য পেমেন্ট নিতে হবে নাকি তা কাভারেজের আওতাভুক্ত হবে সে বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেয়া যায়।

- হেলথ কেয়ার অপারেশনস মানে চিকিৎসা এবং পেমেন্ট বিষয়ে সেন্টারের সমর্থন মূলক কার্যাবলি যার মধ্যে আছে মান নিশ্চিতকরণ কার্যাবলি, কেস ব্যবস্থাপনা, রোগীদের মন্তব্য এবং অভিযোগ গ্রহণ এবং তার উত্তর দেয়া, চিকিৎসকদের রিভিউ/পর্যালোচনা, নিয়মানুবর্তিতার জন্য প্রোগ্রাম, হিসাব পরীক্ষা, ব্যবসা পরিকল্পনা, উন্নয়ন, ব্যবস্থাপনা এবং প্রশাসনিক কার্যাবলি। উদাহরণ স্বরূপ- আমরা আপনাকে সেবা প্রদানের সময় আমাদের স্টাফদের কর্মদক্ষতা যাচাই করার জন্য আপনার পি এইচ আই ব্যবহার করতে পারি। আমরা অনেক রোগীদের পি এইচ আই একত্রেও ব্যবহার করতে পারি যাতে করে নতুন কী সার্ভিস দেয়া যেতে পারে এবং কোন সার্ভিস দেয়ার প্রয়োজন নেই এবং নতুন কোন চিকিৎসা কার্যকরী সে বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেয়া যায়। এছাড়াও পর্যালোচনা এবং শিক্ষাদানের জন্য আমরা আপনার পি এইচ আই প্রকাশ করতে পারি। সেই সাথে, আমরা আপনার সনাক্তকারী তথ্য সরিয়ে ফেলতে পারি যাতে করে অন্যরা এই পরিবর্তিত তথ্যাবলি ব্যবহার করে আপনার পরিচয় না জেনেই স্বাস্থ্যসেবা এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদান সম্পর্কে পড়াশোনা করতে পারে।

সংরক্ষিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যের অন্যান্য ব্যবহার এবং প্রকাশনা-

আমরা আপনার পি এইচ আই ব্যবহার করতে পারি নিম্নোক্ত উপায়ে:

- চিকিৎসা অথবা স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের জন্য নির্ধারিত সাক্ষাতের সময় স্মরণ করাতে।
- সম্ভাব্য বিকল্প চিকিৎসা পদ্ধতি অথবা অন্যান্য স্বাস্থ্য বিষয়ক সুবিধা এবং সার্ভিস বিষয়ে আপনাকে জানাতে অথবা পরামর্শ দিতে।
- আপনার পরিবার বা বন্ধু বা আপনার মাধ্যমে সনাক্তকৃত অন্য কোন ব্যক্তি থেকে শুরু করে আপনার স্বাস্থ্যসেবা বা আপনার সেবার পেমেন্টের সাথে সরাসরি জড়িত এমন ব্যক্তির কাছে প্রকাশ করা হতে পারে। আমরা আপনার পি এইচ আই ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারি যাতে করে আপনার পরিবারের একজন সদস্য অথবা অন্য কোন ব্যক্তি যে আপনার সেবা, আপনার অবস্থান, সাধারণ অবস্থা অথবা মৃত্যু হলে আপনার জন্য দায়িত্বপ্রাপ্ত তাকে জানাতে কিংবা জানাতে যাতে সুবিধা হয় সেজন্মে। যদি আপনার মতামত গ্রহণের সুযোগ থাকে, তাহলে আমরা আপনাকে সুযোগ দিব যাতে করে আপনি এই প্রকাশনার বিরুদ্ধে আপত্তি তুলতে পারেন এবং আমরা এসকল তথ্য প্রকাশ করবোনা যদি আপনার আপত্তি থাকে। যদি আপনার মতামত গ্রহণের সুযোগ না থাকে, তাহলে আমরা আমাদের পেশাদারি বিবেচনায় ঠিক করবো যে, এসকল তথ্য আপনার পরিবার

অথবা বন্ধুদের কাছে প্রকাশ করা আপনার জন্য ভালো হবে কিনা।

- আইন দ্বারা অনুমোদিত ক্ষেত্রে পাবলিক বা প্রাইভেট প্রতিষ্ঠানের সাথে আমরা আমাদের ব্যবহৃত এবং প্রকাশিত পি এইচ আই এর সমন্বয় করতে পারি, যা আইন দ্বারা অথবা দুর্যোগ সহায়তা চেস্টার দলিল দ্বারা অনুমোদিত।
- আমরা আপনার পরিবার ও বন্ধুদের আপনার পক্ষ থেকে জমাকৃত প্রেসক্রিপশন, মেডিকেল সাপ্লাই, এক্স-রে এবং এই ধরনের পি এইচ আই সংগ্রহের সুযোগ দিব, যখন আমরা আমাদের পেশাদারি বিবেচনায় সিদ্ধান্তে আসবো যে, এসকল তথ্য আপনার পরিবার অথবা বন্ধুদের কাছে প্রকাশ করা আপনার জন্য ভালো হবে।
- আমরা আপনার পি এইচ আই গবেষণার সুবিধার জন্য ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারি যা অনুমোদিত আইনের নীতিমালার আওতাধীন। উদাহরণ স্বরূপ- যেসকল রোগীরা একটি নির্দিষ্ট ওষুধ সেবন করেছে তাদের স্বাস্থ্য এবং আরোগ্য প্রাপ্তির তুলনা একটি গবেষণা প্রকল্পের অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। যখন প্রয়োজন হবে, আপনার স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য গবেষণার কাজে ব্যবহারের আগে আমরা আপনার লিখিত অনুমোদন সংগ্রহ করবো।
- আমরা আপনার পি এইচ আই ব্যবহার বা প্রকাশ করব যখন প্রয়োজ্য আইনের দ্বারা তা নির্দেশিত হবে।
- প্রয়োজ্য আইন অনুসারে, আমরা আপনার পি এইচ আই আপনার চাকুরীদাতাকে দিতে পারি যদি আমাদের আপনার কর্মক্ষেত্রের মেডিকেল তত্ত্বাবধান করার প্রয়োজন হয় বা যদি যাচাই করতে হয় যে, আপনার অসুস্থতা বা ইনজুরি আপনার চাকুরীর সাথে জড়িত কিনা। প্রয়োজ্য আইন অনুসারে আপনার চাকুরীদাতা বা আমাদের সেন্টার এই তথ্য প্রদানের বিষয়ে আপনাকে অবহিত করবেন।

**দ্রষ্টব্য:** মাঝে মাঝে পি এইচ আই এর আনুষঙ্গিক ব্যবহার ও প্রকাশ হতে পারে, তবে তা আপনার অধিকারের লঙ্ঘন বলে বিবেচিত হবে না। আনুষঙ্গিক পি এইচ আই ব্যবহার এবং প্রকাশ অন্যভাবে অনুমোদিত ব্যবহার এবং প্রকাশেরই অংশ যা সীমিত এবং সংগতভাবেই প্রতিরোধ যোগ্য নয়।

#### বিশেষ অবস্থা সমূহ

প্রয়োজ্য আইনের চাহিদা অনুসারে, আমরা আপনার পি এইচ আই এর নিম্নোক্ত ব্যবহার ও প্রকাশ করবো:

- **অঙ্গ এবং টিস্যু অনুদান.** যদি আপনি একজন অঙ্গ অনুদানকারী হন, তাহলে আমরা যেসকল সংগঠন অঙ্গ আহরণ অথবা প্রতিস্থাপন নিয়ে কাজ করে তাদের কাছে আপনার পি এইচ আই তথ্য প্রকাশ করতে পারি যাতে করে করে অঙ্গ এবং টিস্যু অনুদান এবং প্রতিস্থাপন ত্বরান্বিত হয়।
- **সামরিক বাহিনী এবং দক্ষ কর্মী.** যদি আপনি সামরিক বাহিনীর একজন সদস্য হন তাহলে সামরিক বাহিনীর নেতৃত্বদানকারী অধিকারিদের চাহিদা অনুসারে আপনার পি এইচ আই প্রকাশ করা হবে।

- **কর্মীর জন্য ক্ষতিপূরণ.** যেসকল প্রোগ্রাম চাকুরী সম্পর্কিত ইনজুরি বা অসুস্থতার জন্য সুবিধা দিয়ে থাকে তাদের কাছে আপনার পি এইচ আই তথ্য প্রকাশ করা হতে পারে।
- **জনস্বাস্থ্য বিষয়ক কার্যাবলী.** জনস্বাস্থ্য বিষয়ক কার্যাবলীর জন্য আমরা আপনার পি এইচ আই প্রকাশ করতে পারি, যার মধ্যে আছে:
  - \* অসুস্থতা, ইনজুরি বা অক্ষমতা প্রতিরোধ বা নিয়ন্ত্রণ করার জন্যে;
  - \* জন্ম এবং মৃত্যু রিপোর্ট করার জন্যে;
  - \* শিশু নির্যাতন বা অবহেলা রিপোর্ট করার জন্যে;
  - \* ওই সকল ব্যক্তিদের কাছে যারা ফুড এন্ড ড্রাগ এডমিনিস্ট্রেশন (এফ ডি এ) আইন ব্যবস্থার সদস্য যাতে করে এফ ডি এ নিয়ন্ত্রিত পদ্য অথবা সেবার সাথে জড়িত কার্যাবলী সম্পাদন করা যায় এবং ওষুধের প্রতিক্রিয়া অথবা পন্যের সমস্যা রিপোর্ট করা যায়;
  - \* এমন কোন ব্যক্তিকে জানানোর জন্য যে কোন একটি জীবাণুর সংস্পর্শে এসেছে এবং একটি অসুস্থতায় আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকিতে আছে।
- **স্বাস্থ্য বিষয়ক তদারকি কার্যাবলী.** আমরা ফেডারেল এবং স্টেট এজেন্সির কাছে পি এইচ আই প্রকাশ করতে পারি যারা আমাদের কার্যাবলী পর্যবেক্ষণ করে থাকে (যেমন- স্বাস্থ্যসেবা প্রদান, পেমেন্ট চাওয়া এবং নাগরিক অধিকার)।
- **মামলা মোকদ্দমা এবং বিরোধ.** যদি আপনি কোন মামলা বা বিরোধে জড়িত থাকেন, তাহলে আমরা সংক্ষিপ্তভাবে আপনার পি এইচ আই প্রকাশ করতে পারি।
- **আইন প্রয়োগকারী সংস্থা.** নিচে উল্লিখিত ক্ষেত্রে কোন আইন প্রয়োগকারী অফিসিয়াল চাইলে আমরা পি এইচ আই প্রকাশ করতে পারি:
  - \* কোন কোর্ট অর্ডার, ওয়ারেন্ট, সমনের উত্তর প্রদানে;
  - \* কোন সন্দেহভাজন, পলাতক, গুরুত্বপূর্ণ সাক্ষী বা হারানো ব্যক্তিকে সনাক্ত করতে বা তার অবস্থান নির্ণয় করতে;
  - \* নিয়ন্ত্রিত অবস্থায় কোন অপরাধের শিকার ব্যক্তি সম্পর্কে জানতে;
  - \* এমন মৃত্যু সম্পর্কে জানতে যা আমরা বিশ্বাস করি কোন অপরাধমূলক কাজের কারণে সংঘটিত হয়েছে;
  - \* আমাদের সীমানায় সংঘটিত অপরাধমূলক কাজের ব্যাপারে জানতে; অথবা
  - \* জরুরী অবস্থায়, কোন অপরাধ রিপোর্ট করতে।
- **করোনার (মৃত্যু তদন্তকারী), মেডিকেল এক্সামিনার (মেডিকেল পরীক্ষক) এবং ফিউনেরাল ডিরেক্টরস (অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালনাকারী).** আমরা করোনার, মেডিকেল এক্সামিনার অথবা ফিউনেরাল ডিরেক্টরদের কর্তব্য পালনের সুবিধার্থে রোগীর পি এইচ আই তথ্য প্রদান করতে পারে।
- **জাতীয় নিরাপত্তা এবং গোয়েন্দা কার্যাবলী.** গোয়েন্দা, প্রতিগোয়েন্দা, অন্যান্য জাতীয় নিরাপত্তা বিষয়ক কার্যাবলী যা আইনত সিদ্ধ তার জন্য অনুমোদিত ফেডারেল অফিসিয়ালদের কাছে আপনার পি এইচ আই তথ্য প্রকাশ করা হতে পারে যাতে তারা প্রেসিডেন্ট এবং বিদেশী রাষ্ট্রপ্রধানের নিরাপত্তা বিধান করতে পারে।

- **বন্দী.** যদি আপনি কোন সংশোধনমূলক প্রতিষ্ঠানের বাসিন্দা হন অথবা কোন আইন প্রয়োগকারী অফিসিয়ালের কাস্টডিউতে থাকেন, তাহলে আমরা আপনার পি এইচ আই সংশোধনমূলক প্রতিষ্ঠান বা আইন প্রয়োগকারী অফিসিয়ালকে দিতে পারি। এই তথ্য প্রদান প্রয়োজন (১) আপনাকে স্বাস্থ্যসেবা দেয়ার জন্যে; (২) আপনার কিংবা অন্যদের স্বাস্থ্য এবং সুরক্ষা নিশ্চিত করতে; অথবা (৩) সংশোধনমূলক প্রতিষ্ঠানের নিরাপত্তা ও সুরক্ষা নিশ্চিত করতে।

- **গুরুতর হুমকি.** প্রয়োজ্য আইন এবং নৈতিক আচরণের মান অনুসারে, যদি আমরা বিশ্বাস করি যে পি এইচ আই তথ্যের ব্যবহার বা প্রকাশ ব্যক্তি বা জনসাধারণের স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার কোন গুরুতর ও অনিবার্য হুমকিকে প্রতিরোধ বা প্রশমন করবে বা এই তথ্য আইন প্রয়োগকারী সংস্থাকে কোন ব্যক্তিকে সনাক্ত করতে বা ধরতে সহায়তা করবে তাহলে পি এইচ আই তথ্য প্রকাশ করা হতে পারে।

**দ্রষ্টব্য:** প্রয়োজ্য স্টেট এবং ফেডারেল আইন অনুসারে, এইচ আই ভি সম্পর্কিত তথ্য, জেনেটিক তথ্য, এলকোহল এবং/অথবা অন্য কোন মাদক দ্রব্যের অপব্যবহারের রেকর্ড, মানসিক স্বাস্থ্য রেকর্ড এবং অন্যান্য বিশেষভাবে সংরক্ষিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য বিশেষ গোপনীয়তা পেতে পারে। এই ধরনের রেকর্ডের যেকোন তথ্য প্রদান এই বিশেষ সংরক্ষণ ব্যবস্থার অন্তর্ভুক্ত হবে।

#### আপনার স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যের অন্যান্য ব্যবহার

পি এইচ আই এর কিছু নির্দিষ্ট ব্যবহার এবং প্রকাশ শুধুমাত্র আপনার লিখিত অনুমতি সাপেক্ষেই করা হবে, এই ব্যবস্থার অন্তর্ভুক্ত ব্যবহার এবং/অথবা প্রকাশনা নিম্নরূপ: (ক) মানসিক রোগের চিকিৎসা বিষয়ক নোটস (যেখানে প্রয়োজ্য); (খ) মার্কেটিং এর সুবিধার্থে; এবং (গ) গোপনীয়তার নিয়মাবলী অনুসারে পি এইচ আই তথ্য বিক্রয়। পি এইচ আই এর অন্যান্য ব্যবহার এবং প্রকাশ, যেগুলো এই নোটিশ বা আইনসমূহের অন্তর্ভুক্ত নয়, সেগুলো শুধুমাত্র প্রয়োগ করা হবে আপনার লিখিত অনুমোদন সাপেক্ষে। আপনি যেকোন সময় সেই অনুমোদন প্রত্যাহারের অধিকার রাখেন, এই শর্তে যে বাতিলকরণ হতে হবে লিখিত আকারে, শুধু ওই অবস্থা ব্যতীত যেখানে আমরা আপনার অনুমোদনের উপর ভিত্তি করে ইতিমধ্যেই ব্যবস্থা গ্রহণ করেছি।

#### আপনার অধিকার

1. চিকিৎসা, পেমেন্ট এবং হেলথ কেয়ার অপারেশনসের পি এইচ আই ব্যবহার এবং প্রকাশের উপর বিধি নিষেধ জারি চেয়ে অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। আমরা আপনার অনুরোধের সাথে সম্মত হতে বাধ্য নই যদি না এটি বিল পাওয়ার জন্য একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনার সাথে সম্পর্কিত না হয়, পি এইচ আই সম্পূর্ণরূপে স্বাস্থ্য সেবা সামগ্রী অথবা সার্ভিস সম্পর্কিত যার বিল আপনি সম্পূর্ণরূপে পরিশোধ করেছেন, অন্যথায় এই তথ্য প্রকাশের আইনগত বাধ্যবাধকতা নেই। বিধি নিষেধ আরোপের অনুরোধ করতে আপনি প্রাইভেসি অফিসারের কাছে লিখিত আবেদন করতে পারেন।
2. যুক্তিযুক্তভাবেই আপনার অধিকার আছে আপনার পি এইচ আই বিকল্প ব্যবস্থায় বা বিকল্প ঠিকানায় গোপনীয় যোগাযোগের মাধ্যমে গ্রহণের অনুরোধ করা। এই ধরনের অনুরোধ করার জন্য আপনি প্রাইভেসি অফিসারের কাছে লিখিত আবেদন করতে পারেন।

3. আমাদের সেন্টারের রেকর্ডে সংরক্ষিত আপনার পি এইচ আই পরীক্ষা করার এবং এর কপি তৈরি করার অধিকার আপনার আছে। অল্প কিছু ক্ষেত্রে আপিল করার সুযোগ প্রদান ছাড়াই আমরা আপনার আবেদন বাতিল করে দেয়ার জন্য অনুমতি পেতে পারি। এবং এক্ষেত্রে আমরা আপনাকে আবেদন বাতিল করার কারণ সম্পর্কে অবহিত করবো। আপনার পি এইচ আই পরীক্ষা করার জন্য অথবা এর একটি কপি পাওয়ার জন্য মেডিকেল রেকর্ডস কাস্টডিয়ানের কাছে আপনি একটি লিখিত আবেদন জমা দিতে পারেন। আপনি যদি একটি কপি পাওয়ার জন্য আবেদন করেন, তাহলে আপনার রেকর্ড কপি করা, ডাকযোগে পাঠানো এবং আপনার আবেদনের সাথে আনুষঙ্গিক অন্যান্য খরচ বাবদ আমরা আপনার কাছ থেকে ফি আদায় করতে পারি।

এছাড়াও পি এইচ আই প্রদর্শনের আবেদন আমরা বাতিল করে দিতে পারি যদি এতে আপনার বা অন্য কারো ক্ষতি হওয়ার আশঙ্কা থাকে। যদি এই কারণে আমরা কোন আবেদন বাতিল করে থাকি, তাহলে প্রয়োজ্য আইনের শর্তাবলী অনুসারে আপনি বাতিল করা আবেদনের বিষয়টি পর্যালোচনা/রিভিউ করতে পারেন।

4. আপনার পি এইচ আই এর সংশোধনী চেয়ে আবেদন করার অধিকার আপনার আছে, তবে এই আবেদন আমরা নাকচ করে দিতে পারি। যেকোন ঘটনায়, সম্মত কোন সংশোধনী অতিরিক্ত হিসেবে অন্তর্ভুক্ত হবে এবং বর্তমান রেকর্ড সমূহের প্রতিস্থাপন হিসেবে নয়। আপনার পি এইচ আই এর কোন সংশোধনীর আবেদনের জন্য আপনাকে অবশ্যই আমাদের সেন্টারের মেডিকেল রেকর্ড কাস্টডিয়ানের কাছে আবেদনের কারণ দর্শানো সহ লিখিত আবেদন জমা দিতে হবে।

5. আপনি ছাড়া অন্য ব্যক্তি বা সংস্থার কাছে বিগত ছয় বছরে আমাদের তৈরি করা পি এইচ আই প্রকাশ করার হিসাব পাওয়ার অধিকার আপনার আছে, শুধুমাত্র আইন দ্বারা অনুমোদিত নয় এমন ক্ষেত্রগুলো ব্যতীত। আপনার পি এইচ আই প্রকাশের হিসাব অনুরোধ করতে আপনাকে অবশ্যই আমাদের সেন্টারের প্রাইভেসি অফিসারের কাছে লিখিত আবেদন জমা দিতে হবে।

6. কোন ঘটনায় আপনার পি এইচ আই এর নিরাপত্তা লঙ্ঘিত হলে আপনার অধিকার আছে সে বিষয়ে জানার, গোপনীয়তার নীতিমালা অনুসারে এটি আপনাকে আমাদের জানাতেই হবে।

#### অভিযোগ

যদি আপনার মনে হয় আপনার গোপনীয়তা পাবার অধিকার লঙ্ঘিত হয়েছে, তাহলে অতিসত্বর সেন্টার প্রাইভেসি অফিসারের সাথে যোগাযোগ করুন এই নম্বরে – 718-206-7892. অভিযোগ জমা দেয়ার কারণে আমরা আপনার বিরুদ্ধে কোন ব্যবস্থা গ্রহণ করবো না। আপনি ইউ এস ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ এন্ড হিউম্যান সার্ভিসেস সেক্রেটারির কাছেও অভিযোগ জমা দিতে পারেন।

#### যোগাযোগের জন্য নির্ধারিত ব্যক্তি

যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে অথবা এই নোটিশের বিষয়ে আরও তথ্য জানার থাকে, অনুগ্রহ পূর্বক সেন্টার প্রাইভেসি অফিসারের সাথে এই নম্বরে যোগাযোগ করুন 718-206-7892.

এই নোটিশ সেপ্টেম্বর ২৩, ২০১৩ থেকে কার্যকর হবে।

## স্বীকারোক্তি **ACKNOWLEDGMENT**

আমি, \_\_\_\_\_, স্বীকার করছি যে, আমাকে The Advanced Center for Psychotherapy এর প্রাইভেসি নোটিশের একটি কপি দেয়া হয়েছে।

I, \_\_\_\_\_, acknowledge that I have been provided with a copy of The Advanced Center for Psychotherapy's privacy notice.

তারিখ (Date): \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

মেডিকেল রেকর্ড নাম্বার (Medical Record Number): \_\_\_\_\_

স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি রোগী ব্যতীত অন্য কেউ হলে, তার নাম (If not the patient, name of the person signing the form):

রোগীর সাথে সম্পর্ক (Relationship to patient):

স্বাক্ষর (Signature):