

**জ্যামাইকা হসপিটাল মেডিকেল সেন্টার Jamaica Hospital Medical Center**

8900 Van Wyck Expressway, Jamaica, New York 11418

**এইচআইপিএএ এর সাথে সঙ্গতিপূর্ণ স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য প্রকাশের অনুমতিপত্র AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA**

রোগীর নাম <i>Patient Name</i>	জন্ম তারিখ <i>Date of Birth</i>	সোশ্যাল সিকিউরিটি নাম্বার <i>Social Security Number</i>
রোগীর ঠিকানা <i>Patient Address</i>		
ফোন নাম্বার <i>Phone Number</i>	প্রাপকের ইমেইল এড্রেস <i>Email Address of Recipient</i>	

আমি অথবা, আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি আমার সেবা এবং চিকিৎসার সাথে সম্পর্কিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য এই ফর্মে উল্লিখিত শর্তানুসারে প্রকাশের জন্য অনুরোধ করছি:

নিউ ইয়র্ক স্টেট ল এবং প্রাইভেসি রুল অব দ্যা হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি এক্ট অব ১৯৯৬ (এইচআইপিএএ) অনুসারে, আমি জ্ঞাত আছি যে:

- এই অনুমতি প্রদানের মাধ্যমে **এলকোহল এবং মাদকাসক্তি, মানসিক রোগের চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য**, তবে সাইকোথেরাপি নোট ব্যতীত, এবং **গোপনীয় এইচআইভি-সম্পর্কিত তথ্য** প্রকাশিত হতে পারে, যদি আমি আইটেম 9(a) এর যথাযথ লাইনের উপরে আমার স্বাক্ষর প্রদান করি। যদি নিচে উল্লিখিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যগুলোর মধ্যে এধরনের কোন তথ্য থাকে এবং যদি আমি আইটেম 9(a) এর বক্সে লাইনের উপরে স্বাক্ষর করে থাকি, তাহলে আইটেম 8 এ উল্লিখিত ব্যক্তি(দের) কাছে আমি সুনির্দিষ্টভাবে এধরনের তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমতি প্রদান করছি বলে সাব্যস্ত হবে।
- যদি আমি এইচআইভি সম্পর্কিত তথ্য, এলকোহল বা মাদকাসক্তি অথবা মানসিক রোগের চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমতি দিয়ে থাকি, তাহলে যিনি এই তথ্য গ্রহণ করবেন তিনি আমার অনুমতি ছাড়া পুনরায় এসকল তথ্য প্রকাশ করার জন্য অনুমতিপ্রাপ্ত নন, যদি না তিনি ফেডারেল অথবা স্টেটের আইন দ্বারা এমনিট করতে বাধ্য হন। আমি অবগত আছি যে, যেসকল ব্যক্তি আমার অনুমতি ছাড়া আমার এইচআইভি সম্পর্কিত তথ্য পেতে পারেন বা ব্যবহার করতে পারেন, তাদের একটি তালিকা পাওয়ার জন্য আমি অনুরোধ করতে পারি। এইচআইভি সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ বা মুক্ত করার কারণে যদি আমি বৈষম্যের স্বীকার হই, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অব হিউম্যান রাইটস এর সাথে (212) 480-2493 নাম্বারে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অন হিউম্যান রাইটস এর সাথে (212) 306-7450 নাম্বারে যোগাযোগ করতে পারি। এই এজেন্সিগুলো আমার অধিকার সংরক্ষণের বিষয়ে দায়বদ্ধ।
- নিচে উল্লিখিত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে লিখিত আবেদনের মাধ্যমে আমি যেকোন সময় এই অনুমতি প্রত্যাহার করে নেয়ার অধিকার রাখি। আমি অবগত আছি যে, আমি এই অনুমতি প্রত্যাহার করতে পারি, কিন্তু তার পূর্বেই এই অনুমতির উপর ভিত্তি করে কাজ করা সম্পন্ন হয়ে যেতে পারে।
- আমি অবগত আছি যে, এই অনুমতিপত্রে স্বাক্ষর প্রদান করা সম্পূর্ণই আমার ইচ্ছার অধীন। তথ্য প্রকাশের জন্য আমার অনুমতির উপর ভিত্তি করে আমার চিকিৎসা, খরচ, হেলথ প্লানে আমার অন্তর্ভুক্তি অথবা কোন সুবিধা লাভের জন্য আমার যোগ্যতা নির্ধারিত হবে না।
- এই অনুমতি প্রদানের মাধ্যমে প্রকাশিত তথ্য যিনি তথ্য গ্রহণ করবেন তিনি পুনরায় প্রকাশ করতে পারেন উপরে উল্লিখিত আইটেম ২ এর অবস্থা ব্যতীত এবং এই পুনরায় প্রকাশিত তথ্য ফেডারেল বা স্টেটের আইন দ্বারা সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- এই অনুমতিপত্র আপনাকে কারো সাথে আমার স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য অথবা চিকিৎসা সেবা বিষয়ে আলোচনা করার অনুমতি প্রদান করছে না।**

7. এই তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমতিপ্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বা প্রতিষ্ঠানের নাম এবং ঠিকানা <i>Name and address of health provider or entity to release this information:</i> <b>Jamaica Hospital Medical Center, 8900 Van Wyck Expressway, Jamaica, New York 11418</b>	
8. যে ব্যক্তি(দের) বা ক্যাটাগরিকে বা ব্যক্তিকে এই তথ্য পাঠানো হবে তাদের নাম ও ঠিকানা <i>Name and address of person(s) or category or person to whom this information will be sent:</i>	
9(a) প্রকাশের জন্য অনুমতিপ্রাপ্ত সুনির্দিষ্ট তথ্যাবলী 9(a) Specific information to be released: <input type="checkbox"/> মেডিকেল রেকর্ড (তারিখ লিখুন) _____ থেকে (তারিখ লিখুন) _____ পর্যন্ত <i>Medical Record from (insert date) to (insert date)</i> <input type="checkbox"/> সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত আছে রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপির নোট ছাড়া), পরীক্ষানিরীক্ষার ফলাফল, রেডিওলজি স্টাডি, ফিল্ম, রেফারেল, বিশেষজ্ঞ পরামর্শ, বিলের রেকর্ড, ইনস্যুরেন্সের রেকর্ড, এবং আপনাকে পাঠানো অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের রেকর্ডসমূহ। <i>Entire medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.</i> <input type="checkbox"/> অন্যান্য / Other: _____	
<b>আপনি কীভাবে রেকর্ডগুলো পেতে চান, তা অনুগ্রহ করে নির্দেশ করুন। শুধু একটি উত্তর বাছাই করুন:</b> অন্তর্ভুক্ত করুন: (স্বাক্ষর দিয়ে নির্দেশ করুন) <i>Please indicate how you want to receive records. Choose one only: Include: (Indicate by Initialing)</i> <input type="checkbox"/> কাগজ / Paper _____ <b>এলকোহল/ড্রাগের চিকিৎসা</b> <input type="checkbox"/> সিডি / CD _____ <b>Alcohol/Drug Treatment</b> <input type="checkbox"/> মেডিসিস মাইচার্ট পেশেন্ট পোর্টাল (ইলেকট্রনিক) _____ <b>মানসিক স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য</b> <i>MediSys MyChart Patient Portal (electronic)</i> _____ <b>Mental Health Information</b> <input type="checkbox"/> এনক্রিপ্টেড ই-মেইল: _____ <b>এইচআইভি-সম্পর্কিত তথ্য</b> <i>E-mail Encrypted: Print E-Mail Address</i> _____ <b>HIV-Related Information</b> _____ <b>জেনেটিক টেস্টিং</b> <i>Genetic Testing</i>	
10. তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রদানের কারণ <i>Reason for release of information</i> <input type="checkbox"/> কোন ব্যক্তির অনুরোধের কারণে / At request of individual <input type="checkbox"/> অন্যান্য / Other	11. এই অনুমতির মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ বা অবস্থা <i>Date or event on which this authorization will expire:</i>  <b>আজকের তারিখ থেকে এক বছর অথবা, আমি যে তারিখ বা অবস্থা উল্লেখ করেছি: One year from today or the date or event I have listed:</b>
12. রোগী ব্যতীত অন্য কোন ব্যক্তি ফর্মে স্বাক্ষরের ক্ষেত্রে, সেই ব্যক্তির নাম <i>If not the patient, name of person signing form:</i>	13. রোগীর পক্ষে স্বাক্ষরের অনুমতিপ্রাপ্ত প্রতিষ্ঠান <i>Authority to sign on behalf of patient:</i>

এই ফর্মের সকল আইটেম পূরণ করা হয়েছে এবং এই ফর্মের বিষয়ে আমার প্রশ্নগুলোর উত্তর দেয়া হয়েছে। সেই সাথে, আমাকে এই ফর্মের একটি কপিও দেয়া হয়েছে।

রোগী অথবা আইনত অনুমতিপ্রাপ্ত প্রতিনিধির স্বাক্ষর  
*Signature of patient or representative authorized by law*

তারিখ: \_\_\_\_\_  
*Date:*

হিউম্যান ইমিউনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস যা এইডস রোগ ঘটায়। নিউ ইয়র্ক স্টেট পাবলিক হেলথ ল এইচআইভি-র লক্ষণ আছে বা সংক্রমণ হয়েছে এমন কোন ব্যক্তিকে সনাক্ত করতে সাহায্য করে এমন সকল তথ্যের সুরক্ষা প্রদান করে এবং সেইসাথে কোন ব্যক্তির সাথে যোগাযোগের তথ্যের সুরক্ষাও প্রদান করে থাকে।

**Jamaica Hospital Medical Center**  
**MediSys Health Network Locations: Facilities**

**সংরক্ষিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য/মেডিকেল রেকর্ডস প্রকাশের জন্য অনুমতিপত্র**  
**AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION/MEDICAL RECORDS**

আমি নিচে উল্লিখিত স্থান(গুলো) থেকে আমার মেডিকেল রেকর্ডগুলো প্রকাশের অনুমতি প্রদান করতে চাই। (স্বাক্ষর প্রদানের মাধ্যমে নির্দেশ করুন)  
I would also like for my medical records to be released from the following site(s). (Indicate by initialing)

স্থান SITE	চিঠি পাঠানোর ঠিকানা MAILING ADDRESS	চিকিৎসার তারিখ TREATMENT DATE	স্বাক্ষর INITIALS
জ্যামাইকা হসপিটাল নার্সিং হোম Jamaica Hospital Nursing Home	89-40 135 <sup>th</sup> Street Jamaica, New York 11418		
ইস্ট নিউ ইয়র্ক East New York	3080 Atlantic Avenue Brooklyn, New York 11208		
হোলিস Hollis	188-03 Jamaica Avenue Hollis, New York 11423		
হোলিস টুডরস Hollis Tudors	200-16 Hollis Avenue Hollis, New York 11423		
হাওয়ার্ড বিচ Howard Beach	156-10 Cross Bay Blvd. Howard Beach, New York 11414		
জ্যামাইকা (পূর্বে সাউথফিন নামে পরিচিত ছিল) Jamaica (formerly Sutphin)	149-18 Jamaica Avenue Jamaica, New York 11435		
ওজন পার্ক Ozone Park	91-20 Atlantic Avenue Ozone Park, New York 11416		
রিচমন্ড হিল – ফ্যামিলি প্র্যাকটিস Richmond Hill – Family Practice	133-03 Jamaica Avenue Jamaica, New York 11418		
সিনিয়র হেলথ সেন্টার Senior Health Center	91-20 Atlantic Avenue Ozone Park, New York 11416		
সেইন্ট আলবান্স St. Albans	111-20 Merrick Blvd. St. Albans, New York 11433		
রিচমন্ড হিল – উইম্যানস হেলথ সেন্টার Richmond Hill – Woman’s Health Center	133-03 Jamaica Avenue Richmond Hill, New York 11418		
এডভান্সড সেন্টার ফর সাইকোথেরাপি- জ্যামাইকা এস্টেটস Advanced Center for Psychotherapy-Jamaica Estates	178-10 Wexford Terrace Queens, New York 11375		
এডভান্সড সেন্টার ফর সাইকোথেরাপি-ফরেস্ট হিলস Advanced Center for Psychotherapy-Forest Hills	103-26 68 <sup>th</sup> Road Jamaica, New York 11375		
জ্যামাইকা হসপিটাল মেডিকেল সেন্টার মেন্টাল হেলথ ক্লিনিক Jamaica Hospital Medical Center Mental Health Clinic	90-09 Van Wyck Expressway Jamaica, New York 11418		

আমি এই রোগীর জন্য তাদের অনুমতি নিয়ে \_\_\_\_\_ (তারিখ) অনুবাদ করেছি; যাতে অনুমতিপত্রটি সঠিকভাবে পূরণ করা যায়  
এবং আমাকে করা সকল প্রশ্নের উত্তর আমি দিয়েছি।  
I translated for this patient on (date) \_\_\_\_\_ with their permission so the authorization could be completed properly and I answered all  
questions asked of me.

তারিখ: \_\_\_\_\_  
Date:

প্রিন্ট নাম: \_\_\_\_\_  
Print Name:

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_  
Signature:

টাইটেল: \_\_\_\_\_  
Title: