C-3.3

صحت کی معلومات کا محدود اجراء
(HIPAA)
ریاست نیویارک - ورکرز کمپنسیشن بورڈ

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Workers' Compensation Board

WCB کیس نمبر *(اگر آپ کے علم میں ہو):* ____________

دعویدار کے لئے: اگر آپ نے جسم کے ایک ہی حصے میں پچھلی چوٹ کا علاج کرایا ہے یا آپ کے موجودہ دعوے میں بیان کردہ بیماری کی طرح کسی بیماری کا علاج کرایا ہے تو اس فارم کو پُر کریں۔ یہ فارم آپ کے نیچے درج کردہ صحت کی نگہداشت فراہم کنندگان کو آپ کے آجر کے کارکنوں کے معاوضے کے بیمہ کار کو آپ کی پچھلی چوٹ/ بیماری کے بارے میں صحت کی نگہداشت کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ وفاقی HIPAA قانون (ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹبلٹی ایکٹ 1996) میں کہا گیا ہے کہ آپ کو اس فارم کی نقل حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ اس فارم کو نہیں سمجھتے ہیں تو اپنے قانونی نمائندہ سے بات کریں۔ اگر آپ کے پاس کوئی قانونی نمائندہ نہیں ہے تو ورکرز کمپنسیشن بورڈ میں موجود ایڈوکیٹ فار انجرڈ ورکرز آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ کال کریں: 800-580-6665.

صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ کے لئے: HIPAA کے مطابق جاری ہونے والی اس **نقل** آپ کو صحت کی معلومات ظاہر کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ اگر آپ اس اجراء کے جواب میں آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار کو ریکارڈ بھیجتے ہیں تو دعویدار کے قانونی نمائندے کو بھی نقول ڈاک کے ذریعے بھیجیں ۔ (اگر کوئی قانونی نمائندہ ذیل میں درج نہیں ہے تو دعویدار کو نقول بھیجیں۔) ریکارڈ جاری کرنے والے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ کو نیویارک کے ریاستی قانون اور HIPAA پر عمل کرنا چاہئے۔

یہ اجراء ہے:

- **رضاکارانہ۔** آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو آپ کو ایک ہی نگہداشت، ادائیگی کی شرائط اور فوائد دینے چاہئیں، چاہے آپ اس فارم پر دستخط کریں یا نہ کریں۔
- **محدود۔** یہ آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو صرف ان صحت ریکارڈز کو جاری کرنے کی اجازت دیتا ہے جو آپ کی ذیل میں بیان کی گئی پچھلی بیماری/ حالت سے متعلق ہیں۔
- **عارضی۔** یہ اس وقت ختم ہوتا ہے جب معاوضے کے لئے آپ کا موجودہ دعویٰ قائم یا مسترد کردیا جاتا ہے اور تمام اپیلیں ختم ہو جاتی ہیں۔
- **قابل منسوخ۔** آپ کسی بھی وقت اس اجراء کو منسوخ کر سکتے ہیں۔ منسوخ کرنے کے لئے، اس فارم پر درج صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو ایک خط بھیجیں۔ اس کے علاوہ، اپنے خط کی ایک نقل اپنے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار اور ورکرز کمپنسیشن بورڈ کو بھیجیں۔ نوٹ: آپ پہلے سے فراہم کردہ طبی ریکارڈ کے حوالے سے اس اجراء کو منسوخ نہیں کرسکتے ہیں۔
- **صرف ریکارڈ کے لیے۔** یہ آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو اس فارم پر درج آپ کے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کار کو آپ کے صحت کی نگہداشت کے ریکارڈ کی نقول بھیجنے کی اجازت دیتا ہے۔

یہ فارم آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو درج ذیل اقسام کی معلومات جاری کرنے کی اجازت نہیں دیتا:

- **ایچ آئی وی سے متعلق معلومات**
- **نفسیاتی علاج نوٹ**
- **شراب/ منشیات کا علاج**
- **ذہنی صحت کا علاج** (جب تک آپ نیچے چیک نہ کریں)
- **زبانی معلومات** (آپ کے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ آپ کی صحت کی نگہداشت کی معلومات پر کسی سے بات نہیں کرسکتے ہیں)

جاری کردہ کوئی بھی طبی ریکارڈ آپ کے کارکنوں کی معاوضہ فائل کا حصہ بن جائے گا اور ورکرز کمپنسیشن قانون کے تحت خفیہ ہے۔

A: آپ کی معلومات (دعویدار)

1. نام: ____________ 2. سوشل سیکورٹی نمبر: ____ - ____ - ____
3. ڈاک پتہ: ____________
4. تاریخ پیدائش: ____ / ____ / ____ 5. موجودہ چوٹ/ بیماری کی تاریخ: ____ / ____ / ____
6. موجودہ چوٹ / بیماری، بشمول جسم کے تمام زخمی اعضاء: ____________
7. آپ کے قانونی نمائندے کا نام اور پتہ (اگر کوئی ہو): ____________

☐ *یہاں چیک کریں کہ کیا آپ اپنے صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان) کو* ***ذہنی صحت کی نگہداشت*** *معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔*

B. آپ کا صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان)

(ان تمام صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ (کنندگان)کی فہرست بنائیں جنھوں نے آپ کا علاج *سابقہ* ایک ہی جسم کے حصے یا اسی طرح کی بیماری میں چوٹ کے لئے کیا تھا۔ اگر 2 سے زائد فراہم کنندگان اپنی رابطہ معلومات اس فارم سے منسلک کرتے ہیں۔)

1. فراہم کنندہ: ____________ 2. فون نمبر: (   ) ________
3. ڈاک پتہ: ____________
4. دوسرا فراہم کنندہ (اگر کوئی ہو): ____________ 5. فون نمبر: (   ) ________
6. ڈاک پتہ: ____________

C. پڑھیں اور نیچے دستخط کریں۔

مَیں اس کے ذریعے درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا تمام اعضاء کی سابقہ چوٹ/ بیماری سے متعلق صحت کے تمام ریکارڈ کی نقول مندرجہ بالا صحت کی نگہداشت فراہم کنندہ میرے آجر کے کارکنوں کے معاوضہ بیمہ کنندہ کو فراہم کرے۔

____________ دعویدار کے دستخط (صرف سیاہی - اگر ممکن ہو تو نیلے بال پوائنٹ پین کا استعمال کریں۔) ____________ تاریخ

اگر دعویدار دستخط کرنے سے قاصر ہے، دعویدار کی طرف سے دستخط کرنے والے شخص کو بھرنا ہوگا اور نیچے دستخط کرنا ہوگا:

____________ آپ کا نام ____________ دعویدار سے تعلق ____________ دستخط (صرف سیاہی -- اگر ممکن ہو تو نیلے بال پوائنٹ پین کا استعمال کریں۔) ____________ تاریخ