

ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার ভলান্টিয়ার হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি এন্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট অনুমোদন

রোগীর নাম (সম্ভব হলে শুধুমাত্র কালিরাহী - বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন) _____ **জন্ম তারিখ** (মাস/দিন/বছর) _____ **সেশ্যল সিকিউরিটি নম্বর** _____

ডাকযোগে যোগাযোগের ঠিকানা _____

সিটি _____

স্টেট _____

জিপকোড _____

এই অনুমোদনের ফরমটি ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টারের স্বৈচ্ছায় প্রদানকৃত, আপনার জন্য প্রদেয় সুযোগ-সুবিধাসমূহ সমন্বয়ের উদ্দেশ্যে ওয়ার্কার্স কমপেনসেশন বোর্ড এবং ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার হেলথ অর্গানাইজেশনকে আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য সম্বলিত স্বাস্থ্যসেবা রেকর্ডের কপি পেতে অনুমতি দেয়। এই ফরমটি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী(দের)-কে আপনার স্বাস্থ্যসেবার তথ্য কারো সাথে আলোচনা করার অনুমতি দেয় না।

এই অনুমোদন স্বৈচ্ছায় প্রদানকৃত। আপনি এই ফরমে স্বাক্ষর করুন বা না করুন, আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী অবশ্যই আপনাকে অনুরূপ যত্ন, অর্থ পরিশোধের শর্তাবলী এবং সুযোগ-সুবিধা প্রদান করবেন। আপনি এই অনুমোদনের একটি অনুলিপি পাওয়ার অধিকার রাখেন।

আপনার, WTC স্বৈচ্ছায় প্রদানকৃত সুযোগ-সুবিধার সমন্বয় সম্পূর্ণ হওয়ার পর এই অনুমোদনের মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে।

এই অনুমোদন যেকোনো সময় লিখিতভাবে প্রত্যাহার করার অধিকার আপনার রয়েছে, তবে কোনো অনুমোদিত ব্যক্তি বা সত্তা যদি ইতোমধ্যেই এই অনুমোদনের উপর ভিত্তি করে পদক্ষেপ নিয়ে থাকেন তবে সেক্ষেত্রে প্রত্যাহার কার্যকর নাও হতে পারে। অনুমোদনটি প্রত্যাহার করতে, এই ফরমে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী(দের) একটি চিঠি প্রেরণ করুন। এছাড়াও, এই চিঠির একটি অনুলিপি ওয়ার্কার্স কমপেনসেশন বোর্ডে প্রেরণ করুন।

প্রকাশিত তথ্যগুলি এর গ্রহণকারীদের দ্বারা পুনঃপ্রকাশ সাপেক্ষ হতে পারে (অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা, এইচআইভি/এইডস, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা এবং সাইকোথেরাপি নোট সম্পর্কিত নীচের তথ্যগুলি বাদ দিয়ে) এবং HIPAA প্রাইভেসি রুল দ্বারা আর সুরক্ষিত থাকবে না।

এই অনুমোদন ফরমটি অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা, এইচআইভি/এইডস, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা এবং সাইকোথেরাপি নোট সম্পর্কে তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেয় না যদি না আপনি নীচে নির্দেশ করেন। কোন তথ্য প্রকাশ করা যেতে পারে তা যাচাই করুন:

অ্যালকোহল/মাদকাসক্তি চিকিৎসা এইচআইভি/এইডস মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা সাইকোথেরাপি নোট

যেসকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী মেডিকেল রেকর্ড প্রকাশ করেন তাদের অবশ্যই নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন এবং HIPAA অনুসরণ করতে হবে। এই HIPAA-সম্মত অনুমোদনের একটি অনুলিপি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে আপনার বর্তমান অবস্থার সাথে সম্পর্কিত ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য সম্বলিত রেকর্ড প্রকাশের অনুমতি দেয়, যেটি ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টারের স্বৈচ্ছায় প্রদানকৃত সুযোগ-সুবিধার জন্য আপনার দাবি সাপেক্ষ।

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নাম _____

ফোন নম্বর _____

ডাকযোগে যোগাযোগের ঠিকানা _____

সিটি _____

স্টেট _____

জিপকোড _____

অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নাম (যদি থাকে) _____

ফোন নম্বর _____

ডাকযোগে যোগাযোগের ঠিকানা _____

সিটি _____

স্টেট _____

জিপকোড _____

আমি এতদ্বারা উপরে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী(দের)-কে (শুধুমাত্র) আমার স্বাস্থ্য রেকর্ডের অনুলিপি ওয়ার্কার্স কমপেনসেশন বোর্ড, ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার হেলথ অর্গানাইজেশন এবং 11 সেন্টেম্বর এর ভিকটিম কমপেনসেশন ফান্ডের সুযোগ-সুবিধাসমূহ আমাকে সমন্বয়ের উদ্দেশ্যে প্রকাশ করার জন্য অনুমোদন করছি।

রোগীর স্বাক্ষর _____

তারিখ (মাস/দিন/বছর) _____

স্পষ্ট অক্ষরে পুরো নাম _____

রোগী স্বাক্ষর করতে অক্ষম হলে, তার পক্ষে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তিকে অবশ্যই নীচের অংশটি পূরণ ও স্বাক্ষর করতে হবে:

আপনার নাম _____

স্বাক্ষর _____

রোগীর সাথে সম্পর্ক _____

তারিখ (মাস/দিন/বছর) _____