NEW YORK STATE | Office of Mental Health
PSYCKES

সম্মতি প্রত্যাহার ফর্ম

প্রদানকারী/প্রতিষ্ঠানের নাম

আপনার যা জানা প্রয়োজন

আপনি পূর্বে একটি সম্মতি ফর্ম-এ স্বাক্ষর করেছিলেন, যার মাধ্যমে এই স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES) (সাইকিয়াট্রিক সার্ভিসেস অ্যান্ড ক্লিনিক্যাল নলেজ এনহ্যান্সমেন্ট সিস্টেম) অনলাইন ডেটাবেসে উপলব্ধ আপনার Medicaid এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিয়েছিলেন।

আপনি যদি আর না চান যে এই প্রদানকারী এবং আপনার পরিচর্যায় নিয়োজিত তাদের কর্মীরা আপনার তথ্য দেখুক, তাহলে আপনাকে এই সম্মতি প্রত্যাহার ফর্ম পূরণ করে স্বাক্ষর করতে হবে। আপনি এই ফর্মটি পূরণ করে, স্বাক্ষর করে এবং তাদের কাছে ফেরত দিলে:

1. এই স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী PSYCKES-এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারবেন না। ব্যতিক্রম হলো:
   - জরুরি পরিস্থিতিতে, অথবা
   - যখন রাজ্য ও ফেডারেল গোপনীয়তা আইন ও বিধিমালা তা অনুমোদন করে। উদাহরণস্বরূপ, যদি Medicaid আপনার স্বাস্থ্যসেবার মান নিয়ে উদ্বিগ্ন হয়, তাহলে আপনার প্রদানকারী PSYCKES-এ প্রবেশাধিকার পেতে পারেন, যাতে তিনি নির্ধারণ করতে পারেন যে আপনি সঠিক সময়ে উপযুক্ত সেবা পাচ্ছেন কি না।[1]
2. আপনার প্রদানকারী অন্য উপায়েও আপনার চিকিৎসা-সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারেন। উদাহরণস্বরূপ, একই আইন ও বিধিমালা তাদের আপনার চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য অন্য কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে সংগ্রহ করার অনুমতি দিতে পারে।
3. এই সম্মতি প্রত্যাহার আপনার সম্মতি কার্যকর থাকা অবস্থায় শেয়ার করা স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্যকে প্রভাবিত করবে না।
4. আপনি সম্মতি প্রত্যাহার করলেও চিকিৎসাসেবা গ্রহণের অধিকার বা স্বাস্থ্যবিমা কভারেজে কোনো পরিবর্তন হবে না। আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার প্রাপ্ত সেবার জন্য আপনার বীমা প্রতিষ্ঠানের কাছে আগের মতোই দাবি (claim) দাখিল করবেন।
5. আপনি যেকোনো সময় একটি নতুন PSYCKES Consent Form পূরণ করতে পারেন। ফর্মগুলি আপনার প্রদানকারীর কাছ থেকে পাওয়া যাবে এবং পূরণ ও স্বাক্ষর করার পর সেগুলি তাদের কাছেই ফেরত দিতে হবে।
6. আপনি এতে স্বাক্ষর করে জমা দেওয়ার পর এই ফর্মটির একটি অনুলিপি পাবেন।

আপনার যা করতে হবে

নিচে চাওয়া তথ্য প্রদান করুন এবং এই ফর্মটি আপনার প্রদানকারীকে দিন।

স্পষ্ট অক্ষরে রোগীর নাম

রোগীর জন্মতারিখ

রোগীর Medicaid ID নম্বর

রোগী অথবা রোগীর আইনগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

আইনগত প্রতিনিধির নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন (যদি প্রযোজ্য হয়)

আইনগত প্রতিনিধির সঙ্গে রোগীর সম্পর্ক (যদি প্রযোজ্য হয়)

[1] আইন ও বিধিমালার মধ্যে রয়েছে নিউ ইয়র্ক মানসিক স্বাস্থ্যবিধি আইন (NY Mental Hygiene Law)-এর ধারা 33.13, নিউ ইয়র্ক জনস্বাস্থ্য আইন (NY Public Health Law)-এর অনুচ্ছেদ 27-F এবং ফেডারেল গোপনীয়তা-সংক্রান্ত বিধিমালা, যার মধ্যে 42 CFR Part 2 এবং 45 CFR Parts 160 ও 164 (যা “HIPAA” নামেও পরিচিত)