

ক্লায়েন্ট শনাক্তকরণ			
নাম	জন্ম তারিখ	শনাক্তকরণ নম্বর	
ঠিকানা	শহর	রাজ্য	জিপ কোড
টেলিফোন নম্বর (অঞ্চল কোড লিখবেন)	অন্যান্য তথ্য		



সম্মতি

ক্লায়েন্টদের জন্য বিজ্ঞপ্তি: Department of Social and Health Services (সামাজিক এবং স্বাস্থ্য পরিষেবা বিভাগ - DSHS) আপনাকে আরও ভালোভাবে সহায়তা করতে পারবে, যদি আমরা এমন অন্যান্য এজেন্সি ও পেশাদারদের সাথে একত্রে কাজ করি যারা আপনাকে এবং আপনার পরিবারের পরিচিতি এই ফর্মে সাক্ষর করার মাধ্যমে আপনি DSHS এবং নিচে তালিকাভুক্ত এজেন্সি ও ব্যক্তিবর্গকে আপনার গোপনীয় তথ্য ব্যবহার ও শেয়ার করার অনুমতি প্রদান করছেন। আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর না করলেও DSHS আপনাকে সুযোগসুবিধা দিতে অস্বীকার করতে পারবে না, যদি না আপনার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য আপনার সম্মতির প্রয়োজন হয়। আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর না করলেও DSHS আইনি অনুমোদন অনুযায়ী আপনার তথ্য শেয়ার করতে পারে। DSHS কীভাবে গ্রাহকদের গোপনীয় তথ্য শেয়ার করে এই বিষয়ে বা আপনার গোপনীয়তার অধিকারের বিষয়ে যদি কোনও প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে DSHS-এর গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি দেখুন অথবা যিনি আপনাকে এই ফর্ম দিয়েছেন তাঁকে জিজ্ঞাসা করুন।

সম্মতি
<p>1. আমি DSHS-কে আমার চিকিৎসা পরিকল্পনা, চিকিৎসা প্রদান, পরিষেবার সমন্বয়করণ, নিরাময়, পেমেন্ট এবং সুবিধা প্রদানের জন্য আমার গোপনীয় তথ্য ব্যবহারের অনুমতি দিচ্ছি। এছাড়াও আমি উপরে উল্লিখিত উদ্দেশ্যে DSHS এবং নিম্নলিখিত এজেন্সি, প্রোভাইডার বা ব্যক্তিবর্গকে আমার গোপনীয় তথ্য ব্যবহার ও একে অপরের কাছে প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি। এই তথ্য মৌখিক বা বৈদ্যুতিনভাবে, ডাক যোগে বা সশরীরেও শেয়ার করা যেতে পারে।</p> <p>প্রকাশের কারণ: ড্রাগ এবং মদ্যপান বা মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রেকর্ড শেয়ার করার জন্য DSHS-এর এই তথ্য প্রয়োজনা আপনি যদি এই ক্ষেত্রটি পূরণ না করেন, তাহলে DSHS আপনার অনুরোধটিই অস্বীকৃতির কারণ হিসাবে বিবেচনা করবে।</p> <p>DSHS ছাড়াও এই সম্মতিতে যারা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, তাদের পাশে টিক চিহ্ন দিন এবং তাদের নাম ও ঠিকানা দেখে শনাক্ত করুন।</p> <p><input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী: _____</p> <p><input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Substance use disorder (নেশা দ্রব্য ব্যবহার সংক্রান্ত রোগ)-এর পরিচর্যা প্রদানকারী: _____</p> <p><input type="checkbox"/> DSHS-এর সাথে চুক্তিবদ্ধ অন্যান্য প্রদানকারী: _____</p> <p><input type="checkbox"/> হাউজিং প্রোগ্রাম: _____</p> <p><input type="checkbox"/> স্কুল ডিস্ট্রিক্ট বা কলেজ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> সংশোধনী বিভাগ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> কর্মসংস্থান নিরাপত্তা বিভাগ এবং এর কর্মসংস্থানের অংশীদারগণ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Social Security Administration (সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন) বা অন্যান্য ফেডারেল সংস্থা: _____</p> <p><input type="checkbox"/> সংযুক্ত তালিকা দেখুন</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____</p>
<p>2. প্রকাশের কারণ: <input type="checkbox"/> পরিচর্যা চালিয়ে যাওয়া <input type="checkbox"/> আইনি <input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত <input type="checkbox"/> অন্যান্য:</p>
<p>3. আমি নিম্নলিখিত রেকর্ড এবং তথ্য শেয়ার করার অনুমোদন এবং সম্মতি প্রদান করছি (প্রযোজ্য সব কটিতে টিক দিন):</p> <p><input type="checkbox"/> আমার সমস্ত ক্লায়েন্ট রেকর্ড <input type="checkbox"/> সংযুক্ত তালিকায় থাকা তথ্য</p> <p><input type="checkbox"/> শুধুমাত্র নিম্নলিখিত রেকর্ড</p> <p><input type="checkbox"/> পারিবারিক, সামাজিক এবং কর্মসংস্থান সংক্রান্ত তথ্য</p> <p><input type="checkbox"/> চিকিৎসা এবং পরিচর্যা সংক্রান্ত প্ল্যান</p> <p><input type="checkbox"/> পেমেন্টের রেকর্ড</p> <p><input type="checkbox"/> স্বতন্ত্র মূল্যায়ন</p> <p><input type="checkbox"/> স্কুল, শিক্ষা এবং প্রশিক্ষণ</p> <p><input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা সংক্রান্ত তথ্য (নির্দিষ্ট করুন):</p> <p><input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য পরিচর্যা সংক্রান্ত তথ্য (নির্দিষ্ট করুন):</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য (তালিকা দিন)</p>

ক্লায়েন্ট শনাক্তকরণ		
নাম	জন্ম তারিখ	শনাক্তকরণ নম্বর
<p>অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: আপনার ক্লায়েন্ট রেকর্ডে যদি এর মধ্যে কোনো তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, তাহলে আপনাকে সেই রেকর্ডগুলি অন্তর্ভুক্ত করতে অবশ্যই এই বিভাগটিও সম্পূর্ণ করতে হবে।</p> <p>আমি নিম্নলিখিত রেকর্ড প্রকাশের অনুমতি দিচ্ছি (প্রযোজ্য সব কটিতে টিক দিন):</p> <p><input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্য <input type="checkbox"/> HIV/AIDS এবং STD পরীক্ষার ফলাফল, নির্ণয় বা চিকিৎসা <input type="checkbox"/> Substance Use Disorder (নেশা দ্রব্য ব্যবহার সংক্রান্ত রোগ)</p> <ul style="list-style-type: none"> এই সম্মতিটি এক বছর পর্যন্ত বৈধ <input type="checkbox"/> অথবা _____ (তারিখ বা ঘটনা) পর্যন্ত বৈধ। আমি যেকোনো সময় লিখিতভাবে এই সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারি, কিন্তু তার আগেই যে তথ্য শেয়ার করা হয়ে গেছে সেগুলি পরিবর্তন করা হবে না। আমি বুঝি যে, এই সম্মতিতে শেয়ার করা রেকর্ড DSHS-এ প্রযোজ্য আইনের অধীনে সুরক্ষিত নাও থাকতে পারে। এই ফর্মের কপি রেকর্ড শেয়ার করার বিষয়ে আমার বৈধ অনুমতিপত্র হিসাবে কাজ করবে। 		
স্বাক্ষর	তারিখ	
সাক্ষী/ নোটারির স্বাক্ষর, যদি প্রযোজ্য হয়	সাক্ষী/ নোটারির মুদ্রিত নাম	তারিখ
পিতামাতা বা অন্যান্য প্রতিনিধির স্বাক্ষর (যদি প্রযোজ্য হয়)	টেলিফোন নম্বর (অঞ্চল কোড লিখবেন)	তারিখ
<p>আমি এ রেকর্ডে উল্লিখিত ব্যক্তি নই, কিন্তু তাঁর হয়ে আমার স্বাক্ষর করার অনুমোদন রয়েছে: (অনুমোদনের প্রমাণ)</p> <p><input type="checkbox"/> পিতামাতা <input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক (কোর্ট অর্ডার সংযুক্ত করুন) <input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত প্রতিনিধি <input type="checkbox"/> অন্যান্য:</p>		

তথ্য প্রাপকদের উদ্দেশ্যে বিজ্ঞপ্তি: যদি এই রেকর্ডগুলিতে HIV, STD, বা AIDS সংক্রান্ত তথ্য থাকে, তাহলে আপনি ক্লায়েন্টের নির্দিষ্ট অনুমতি ছাড়া সেই তথ্যটি আর কোথাও প্রকাশ করতে পারবেন না। আপনি যদি ক্লায়েন্টের ড্রাগ বা অ্যালকোহল আসক্তি সম্পর্কিত তথ্য পেয়ে থাকেন, তবে 42 CFR 2.32 অনুসারে প্রয়োজনীয় তথ্য প্রকাশ করার সময় আপনাকে অবশ্যই নিম্নলিখিত বিবৃতিটি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে:

ফেডারেল গোপনীয়তা নিয়ম (42 CFR প্যাট 2)-এর অধীনে সুরক্ষিত রেকর্ড থেকে এই তথ্যটি আপনার কাছে প্রকাশ করা হয়েছে। ফেডারেল নিয়ম অনুসারে আপনি এই তথ্য আর কোনও প্রকাশ করতে পারবেন না, যদি না প্রকাশটি স্পষ্টভাবে সেই সম্পর্কিত ব্যক্তির লিখিত সম্মতি দ্বারা অথবা অন্যথায় 42 CFR প্যাট 2 দ্বারা অনুমোদিত হয়। চিকিৎসা বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশের জন্য ব্যবহৃত সাধারণ অনুমোদন এই উদ্দেশ্যে যথেষ্ট নয়। ফেডারেল নিয়ম অনুসারে কোনো অ্যালকোহল বা মাদক সেবনকারী রোগীর বিরুদ্ধে অপরাধমূলকভাবে তদন্ত বা বিচার করার জন্য এই তথ্যের যেকোনো ব্যবহার সীমিত।

সম্মতি ফর্ম পূরণ করার নির্দেশাবলী DSHS 14-012

ব্যবহার: DSHS-এর অধীনে ক্রমাগত ভিত্তিতে কোনও ক্লায়েন্টের গোপনীয় তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করার জন্য বা পরিষেবা সমন্বয় করার জন্য বা চিকিৎসা, অর্থ প্রদান বা এজেন্সিগত ক্রিয়াকলাপ বা আইনগতভাবে স্বীকৃত অন্যান্য উদ্দেশ্যে অন্যান্য সংস্থার কাছে সেই তথ্য প্রকাশ করার জন্য আপনার সম্মতি প্রয়োজন হলে, এই ফর্মটি ব্যবহার করুন।

সম্ভব হলে এই ফর্মটি ইলেক্ট্রনিক মাধ্যমে পূরণ করুন। আপনাকে প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য এই ফর্মটি আলাদা আলাদা ভাবে পূরণ করতে হবে, এমনকি শিশুদের জন্যও।

ফর্মের অংশ:

শনাক্তকরণ:

- নাম:** প্রতিটি ফর্মে কেবল একজন ক্লায়েন্টেরই নাম লিখুন। পরিষেবা গ্রহণের সময় যদি ক্লায়েন্ট অন্য কোনও নাম ব্যবহার করতেন, সেটাও লিখুন।
- জন্ম তারিখ:** একই নামের ব্যক্তিদের মধ্যে থেকে ক্লায়েন্ট সনাক্ত করার জন্য।
- শনাক্তকরণ নম্বর:** ক্লায়েন্ট শনাক্তকরণ নম্বর বা অন্যান্য শনাক্তকারী নম্বর, যেমন social security number (সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর) (প্রয়োজনীয় নয়) প্রদান করুন যাতে রেকর্ড শনাক্ত করা যায় এবং প্রাপ্ত ইতিহাস এবং পরিষেবা ট্র্যাক করা যায়।
- অন্যান্য:** রেকর্ড খুঁজে পেতে সাহায্য করবে এমন কোন অতিরিক্ত তথ্য থাকলে তা এই বক্সে লিখুন, যেমন DSHS জড়িত আছে এমন কোন পরিষেবা, পারিবারিক সদস্যের নাম, বা অন্য কোনো প্রাসঙ্গিক তথ্য।

সম্মতি প্রদান (অনুমোদন দান):

- প্রকাশের কারণ:** ড্রাগ এবং মদ্যপান বা মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রেকর্ড শেয়ার করার জন্য DSHS-এর এই তথ্য প্রয়োজনা আপনি যদি এই ক্ষেত্রটি পূরণ না করেন, তাহলে DSHS আপনার অনুরোধটিই অস্বীকৃতির কারণ হিসাবে বিবেচনা করবে।
- রেকর্ড বিনিময়কারী এজেন্সি বা ব্যক্তি:** এই সম্পূর্ণ ফর্মটি এগুলির অনুমতি দেয়: (1) DSHS -এর অভ্যন্তরে এবং এজেন্সি এবং তালিকায় উল্লেখিত ব্যক্তিদের মধ্যে গোপন তথ্যের প্রকাশ এবং তার ব্যবহার (2) কোন বহিঃস্থ এজেন্সি বা তালিকাভুক্ত ব্যক্তির মাধ্যমে DSHS -এর কাছে কোন গোপন তথ্য প্রকাশ করা। যে সকল এজেন্সির মধ্যে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি আছে তাদের একটি তালিকা আপনি সংযুক্ত করে দিতে পারেন যাতে ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর অতি অবশ্যই থাকতে হবে।
- তথ্যের মধ্যে কী কী থাকবে:** সম্মতি প্রদানের মাধ্যমে কী কী রেকর্ড আওতাভুক্ত থাকছে তা ক্লায়েন্টকে স্পষ্টভাবে বোঝাতে হবে। ক্লায়েন্ট সকল রেকর্ডকেই উপলব্ধ রাখতে পারে বা তারিখ, ধরণ বা রেকর্ডের উৎসের ভিত্তিতে তাকে সীমিতও রাখতে পারে। যদি ক্লায়েন্ট সম্মতি প্রদানে স্বাক্ষর না করে বা কোন নির্দিষ্ট রেকর্ড উল্লেখ না করে, এবং যদি তা আইনসম্মত হয় তাহলে সেই রেকর্ড শেয়ার করা যাবে। আপনি আওতাভুক্ত সকল রেকর্ডের একটি তালিকা সংযুক্ত করে দিতে পারেন, যাতে অবশ্যই ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর থাকতে হবে। মানসিক স্বাস্থ্য (RCW 71.05.620), HIV/AIDS বা STD টেস্ট বা চিকিৎসা (RCW 70.02.220), বা ড্রাগ এবং অ্যালকোহল পরিষেবা (42 CFR 2.31(a)(5)), সংক্রান্ত কোনো তথ্য যদি কোনো রেকর্ডের মধ্যে থাকে, সেই রেকর্ডগুলি শেয়ার করার অনুমতি দিতে ক্লায়েন্টকে অবশ্যই সেই জায়গাগুলি বিশেষভাবে চিহ্নিত করে দিতে হবে। 45 CFR 164.508(b)(3)(ii)-এর নিরিখে, এই ফর্মটিতে সাইকোথেরাপিগত নোট প্রদান করার জন্য বৈধ নয়; সেই রেকর্ড গুলি প্রদান করার জন্য একটি অন্য আলাদা ফর্ম পূরণ করতে হবে।
- সময়কাল:** সম্মতি প্রদান করতে একটি মেয়াদোত্তীর্ণের তারিখ উল্লেখ করুন, যদি তা এক বছর থেকে আলাদা হয়। সম্মতির মেয়াদ এক বছরের মধ্যে ফুরিয়ে যাবে যদি না আপনি কোনো অন্য তারিখ উল্লেখ করে থাকেন।
- বোধগম্যতা:** কী কী অনুমতি প্রদান করা হচ্ছে এবং কীভাবে এবং কেন তথ্য শেয়ার করা হবে তা যেন ক্লায়েন্ট বুঝতে পারে সেটি নিশ্চিত করুন। প্রয়োজন হলে, অনুবাদ করা ফর্ম এবং অনুবাদের সাহায্য নিন বা ফর্মটি উচ্চস্বরে পড়ুন। যদি ক্লায়েন্টের আরও তথ্যের প্রয়োজন হয়, DSHS নোটিশ অফ প্রাইভেসি প্র্যাকটিসের একটি অতিরিক্ত অনুলিপি প্রদান করুন বা ক্লায়েন্টকে আপনার ইউনিটের অস্বীকৃতি জনিত পাবলিক ডিসক্লোজার অফিসার-এর কাছে যেতে বলুন।

স্বাক্ষর:

- ক্লায়েন্ট:** ক্লায়েন্ট বা সম্মতি প্রদানের বয়সের উর্ধ্বে কোনো শিশুকে (মানসিক স্বাস্থ্যের এবং ড্রাগ এবং অ্যালকোহল পরিষেবার জন্য 13, HIV/AIDS এবং অন্যান্য STD-এর জন্য 14, জন্মনিয়ন্ত্রণ বা গর্ভপাতের জন্য যেকোনো বয়স, শারীরিক যত্ন এবং অন্যান্য রেকর্ডের জন্য 18) এই বক্সে স্বাক্ষর করতে এবং তার সাথে তারিখ উল্লেখ করতে বলুন। ক্লায়েন্ট এই বক্সে যা দেওয়া আছে তার বদলে আপনি চিহ্ন হিসাবে যা দেখবেন সেটিই রাখুন।
- সাক্ষী বা নোটারি:** পার্লামেন্ট পরিচয় যাচাই করার জন্য একজন সাক্ষী বা নোটারির প্রয়োজন হতে পারে যদি না ক্লায়েন্ট এই ফর্মটি নিজে জমা দিয়ে থাকে বা কোন প্রোগ্রাম যাচাই-করণের অনুরোধ করে। এই ব্যক্তির স্বাক্ষর করা এবং তার নাম প্রিন্ট করানো উচিত।
- পিতা-মাতা বা অন্য প্রতিনিধি:** যদি শিশুটির বয়স সম্মতি প্রদানের বয়সের চেয়ে কম হয়, পিতা-মাতা বা অভিভাবককে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে। যদি শিশুটির বয়স শেয়ার করা সকল রেকর্ডে সম্মতি প্রদান করতে যা বয়স প্রয়োজন তার থেকে কম হয়, তাহলে শিশুটিকে এবং তার পিতামাতাকেও অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে। যদি ক্লায়েন্টকে আইনত ভাবে অযোগ্য বলে ঘোষণা করা হয়ে থাকে, আদালত কর্তৃক নিযুক্ত অভিভাবককে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে এবং তার নিযুক্তির আর্ডারের একটি অনুলিপি প্রদান করতে হবে। যদি অন্য ক্ষমতা সম্পন্ন কেউ স্বাক্ষর করে থাকে (অ্যাটর্নির ক্ষমতা সম্পন্ন কেউ, বা এস্টেট প্রতিনিধিত্বকারী সহ) “অন্য” বলে উল্লেখ করুন এবং তার এই কাজ করার আইনি স্বীকৃতির একটি অনুলিপি চেয়ে নিন। যিনি স্বাক্ষর করছেন, তাকে তার স্বাক্ষরের সাথে তারিখ এবং ফোন নম্বর বা যোগাযোগের তথ্য প্রদান করতে হবে।