Bengali

NY Care Information Gateway

NYC | P.O. Box 800038, Elmhurst, NY 11380
79-01 Broadway, Elmhurst, NY 11373
Tel: 718-334-5844
Long Island | Flowerfield Industrial Park, Building 7,
Suite 44, St. James, NY 11780
Tel: 631-638-4000
www.nycig.org

সব অংশগ্রহণকারীদের জন্য সম্মতি প্রত্যাখ্যান

আমি বুঝতে পারছি যে, এই ফরমে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি **সবগুলো** স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, পেমেন্ট প্রদানকারী ও বিমা প্রদানকারীকে, এবং তাদের অধীনে কর্মরত সকল কর্মী সদস্যকে, যে কোনো উদ্দেশ্যে NY Care Information Gateway-এর মাধ্যমে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য পাওয়ার ক্ষেত্রে সম্মতি দিতে **অস্বীকার করছি**, *এমনকি মেডিকেল ইমার্জেন্সি থাকলেও।*

আমার সম্মতি প্রত্যাহার করার মাধ্যমে, আমি বুঝতে পারছি যেঃ

1. আমার সম্মতি বহাল থাকাকালীন সময়ে আমি যে সব স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, পেমেন্ট প্রদানকারী ও বিমা প্রদানকারীকে আগে অনুমতি দিয়েছিলাম যারা হয়তো আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য দেখেছেন, এবং এই তথ্য হয়তো কপি করেছেন বা তাদের মেডিকেল রেকর্ডে অন্তর্ভুক্ত করেছেন। যদিও আমি আমার সম্মতি প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত নিয়েছি, এই সব স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, পেমেন্ট প্রদানকারী ও বিমা প্রদানকারীরা এই তথ্য ফেরত দিতে অথবা তাদের রেকর্ড থেকে এই তথ্য অপসারণ করতে বাধ্য নন।
2. সম্মতির এই প্রত্যাখ্যান **সকল** স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, পেমেন্ট প্রদানকারী ও বিমা প্রদানকারীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে যারা NY Care Information Gateway-এর মাধ্যমে তথ্যে প্রবেশ করে।
3. এই সম্মতি প্রত্যাখ্যান প্রক্রিয়াকরণ করতে কয়েক দিন সময় লাগতে পারে।
4. আমি বুঝতে পারছি যে, যদি আমি সম্মতি প্রত্যাখ্যানের এই কাগজে স্বাক্ষর করি, তাহলে আমি এটা ফিরিয়ে না নেয়া পর্যন্ত এটা বহাল থাকবে। এর অর্থ হলো, এই সম্মতি প্রত্যাখ্যান কার্যকর থাকাকালীন সময়ে আমি কোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, পেমেন্ট প্রদানকারী ও বিমা প্রদানকারীকে NY Care Information Gateway-এর মাধ্যমে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যে প্রবেশ করার জন্য অনুমতি দিতে পারবো না। যদি আমি এই সম্মতি প্রত্যাখ্যান ফিরিয়ে নিতে চাই, তাহলে আমি যে কোনো সময়ে info@nycig.org ঠিকানায় ই-মেইল করে বা 718-334-5844 নম্বরে ফোন করে NY Care Information Gateway-এর সাথে যোগাযোগ করে এবং আমি সব অংশগ্রহণকারীদের জন্য আমার সম্মতি প্রত্যাখ্যান ফিরিয়ে নিতে চাই তা NY Care Information Gateway-কে জানিয়ে এটা করতে পারি।
5. এই সম্মতি প্রত্যাখ্যানের কারণে NY Care Information Gateway-এর কোনো অংশগ্রহণকারী আমাকে চিকিৎসা সেবা দিতে অস্বীকার করতে পারবে না।

রোগীর পুরো নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন
রোগীর জন্মতারিখ

রোগীর ঠিকানা/ সিটি/ স্টেট/ জিপ
ফোন/ ইমেইল

রোগীর অথবা রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর
তারিখ

রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)
রোগীর সাথে আইনসম্মত প্রতিনিধির সম্পর্ক (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

NOTARY PUBLIC

This document was signed before me on this ____ day of _________________ 20____.

In ____________________________County in the state of _______________________________.

Printed Name of Notary
Notary Signature

My commission expires: ____________________________
(Seal)

ফেরত দেয়া সম্পর্কিত নির্দেশনাঃ অনুগ্রহ করে এই ফরমটি প্রিন্ট করুন, পূরণ করুন ও নিচে উল্লিখিত যে কোনো একভাবে ফেরত দিনঃ

ফ্যাক্সযোগে: 646-998-8060 | **ডাকযোগে:** NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380