

جملہ شرکت کنندگان کے لئے رضامندی سے انکار

میں سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ اس فارم پر دستخط کر کے میں تمام نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان، ادائیگی کنندگان اور بیمہ فراہم کنندگان، نیز ان تمام فراہم کنندگان کو جو اپنے عملہ کے ذریعہ خدمات فراہم کرتے ہیں نیو یارک کیئر انفارمیشن گیٹ وے (NY Care Information Gateway) کے توسط سے کسی بھی مقصد کے لئے اپنی معلومات صحت تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت مسترد کر رہا / رہی ہوں، خواہ کوئی طبی ایمرجنسی کی صورتحال ہی کیوں نہ ہو۔

اپنی رضامندی واپس لے کر، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:

1. نگہداشت صحت کے وہ فراہم کنندگان، ادائیگی کنندگان یا بیمہ فراہم کنندگان جنہیں ہو سکتا ہے میں نے پہلے اجازت دی ہو اور انہوں نے میری اصلی اجازت پر عمل درآمد کے دوران ہو سکتا ہے میری معلومات صحت تک رسائی حاصل کی ہو اور ان معلومات کی نقول تیار کی ہوں یا انہیں اپنے ریکارڈز میں شامل کیا ہو۔ اگرچہ میں نے اپنی رضامندی واپس لینے کا فیصلہ کر لیا ہے، نگہداشت صحت کے یہ فراہم کنندگان، ادائیگی کنندگان یا بیمہ فراہم کنندگان کے لئے ان معلومات کو واپس کرنے یا ان معلومات کو اپنے ریکارڈز سے ہٹانے کی ضرورت نہیں ہے۔
2. رضامندی سے انکار کے اس عمل کا اطلاق ان تمام نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان، ادائیگی کنندگان اور بیمہ فراہم کنندگان پر ہوتا ہے جو کہ نیو یارک کیئر انفارمیشن گیٹ وے (NY Care Information Gateway) کے توسط سے معلومات تک رسائی حاصل کرتے ہیں۔
3. رضامندی سے انکار کے اس عمل پر کارروائی میں کئی دن لگ سکتے ہیں۔
4. میں سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ اگر میں رضامندی سے انکار کے اس فارم پر دستخط کرتا/کرتی ہوں تو جب تک میں اس سے دستبردار نہ ہو جاؤں اس پر عمل درآمد ہوتا رہے گا۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ میں کسی نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ، ادائیگی کنندہ یا بیمہ فراہم کنندہ کو نیو یارک کیئر انفارمیشن گیٹ وے (NY Care Information Gateway) کے توسط سے رضامندی سے انکار پر عمل درآمد ہونے کے دوران اپنی معلومات صحت تک رسائی حاصل کرنے کا اختیار دینے کے قابل نہیں رہوں گا/گی۔ اگر میں اس رضامندی سے انکار سے دستبردار ہونا چاہوں تو میں اس کام کو کبھی بھی نیو یارک کیئر انفارمیشن گیٹ وے سے info@nycig.org پر یا 718-334-5844 پر رابطہ کر کے اور نیو یارک کیئر انفارمیشن گیٹ وے کو یہ اطلاع دے کر انجام دے سکتا ہوں کہ میں تمام شرکت کنندگان کے لئے اپنی رضامندی سے انکار کو منسوخ کرنا چاہتا ہوں۔
5. رضامندی سے انکار کے اس عمل کی بنیاد پر کوئی بھی نیو یارک کیئر انفارمیشن گیٹ وے (NY Care Information Gateway) شرکت کنندہ مجھے طبی علاج فراہم کرنے سے منع نہیں کر سکتا ہے۔

مریض کا مکمل نام پرنٹ کریں

مریض کی تاریخ پیدائش

مریض کا پتہ / شہر / ریاست / ڈپ

فون / ای میل

مریض یا مریض کے قانونی نمائندے کے دستخط

تاریخ

مریض کے قانونی نمائندے کا نام پرنٹ کریں (قابل اطلاق ہونے کی صورت میں)

قانونی نمائندے کا مریض سے رشتہ (قابل اطلاق ہونے کی صورت میں)

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)

واپس بھیجنے سے متعلق ہدایات: برائے مہربانی یہ فارم پرنٹ اور مکمل کر کے درج ذیل میں سے کسی ایک کے

ذریعہ واپس بھیج دیں:

فیکس : 646-998-8060 | ڈاک : NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380