

## সব অংশগ্রহণকারীর জন্য সম্মতি প্রত্যাখ্যান

আমি বুঝি যে এই ফর্ম-এ স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি সকল স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী, অর্থ প্রদানকারী ও বিমা প্রদানকারী এবং তাঁদের কর্মী হিসেবে যাঁরা কাজ করেন তাঁদের সকলকে *এমনকি চিকিৎসাগত সংকটকালীন পরিস্থিতিতেও* NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ের মাধ্যমে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যে প্রবেশাধিকার দেওয়ার সম্মতি প্রত্যাখ্যান করছি।

আমি বুঝি যে:

- আমার মূল সম্মতি কার্যকর থাকাকালীন স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী, অর্থপ্রদানকারী অথবা বিমা প্রদানকারী যাঁদের আমি ইতিপূর্বে আমার সম্মতি প্রদান করে থাকতে পারি, তাঁরা আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যে প্রবেশ করে থাকতে পারেন এবং এই তথ্যে কপি অথবা তাঁদের নথিপত্রে অন্তর্ভুক্ত করে থাকতে পারেন। যদিও আমি উপরে তালিকাভুক্ত সকল সত্তার জন্য আমার সম্মতি প্রত্যাখ্যান করার সিদ্ধান্ত নিয়েছি, তবে এই স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী, অর্থপ্রদানকারী অথবা বিমা প্রদানকারীদের এই তথ্যে ফেরত দিতে হবে না অথবা তাঁদের নথিপত্র থেকে তথ্য অপসারণ করতে হবে না।
- এই সম্মতি প্রত্যাখ্যান সকল স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী, অর্থপ্রদানকারী এবং বিমা প্রদানকারী যাঁরা NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ের মাধ্যমে তথ্যে প্রবেশ করেন, তাঁদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য।
- এই সম্মতি প্রত্যাখ্যানের প্রক্রিয়াকরণের জন্য বেশ কয়েক দিন লাগতে পারে।
- আমি বুঝি যে যদি আমি এই সম্মতি প্রত্যাখ্যানে স্বাক্ষর করি, তাহলে আমি সেটি প্রত্যাহার না করা পর্যন্ত তা কার্যকর থাকবে। এর অর্থ হল এই সম্মতি প্রত্যাখ্যান কার্যকর থাকাকালীন, আমি কোনও স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী, অর্থপ্রদানকারী অথবা বিমা প্রদানকারীকে NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ের মাধ্যমে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যে প্রবেশ করার অনুমতি দিতে পারব না। যদি আমি এই সম্মতি প্রত্যাখ্যান প্রত্যাহার করতে চাই, তাহলে যে কোনও সময় NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ে-র সঙ্গে [privacy@nycig.org](mailto:privacy@nycig.org) এ অথবা 212.601.1987 নম্বরে যোগাযোগ করে এবং NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ে-কে সব অংশগ্রহণকারীর জন্য আমার সম্মতি প্রত্যাখ্যানটি বাতিল করার ইচ্ছার কথা জানিয়ে আমি তা করতে পারি।
- এই সম্মতি প্রত্যাখ্যানের ওপর ভিত্তি করে NY কেয়ার ইনফরমেশন গেটওয়ের কোনও অংশগ্রহণকারী আমাকে চিকিৎসা পরিষেবা দিতে অস্বীকার করতে পারবেন না।

রোগীর সম্পূর্ণ নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন	রোগীর জন্ম তারিখ
রোগীর ঠিকানা / শহর / স্টেট / জিপ	ফোন / ই-মেল
রোগী অথবা রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর	তারিখ
রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন (যদি প্রযোজ্য হয়)	আইনসম্মত প্রতিনিধির সঙ্গে রোগীর সম্পর্ক (যদি প্রযোজ্য হয়)

### নোটারি পাবলিক

20\_\_\_\_ এর \_\_\_\_\_ মাসের \_\_\_\_\_ তারিখে এই দলিলটি আমার সম্মুখে স্বাক্ষরিত হয়েছে।  
\_\_\_\_\_ দেশের \_\_\_\_\_ রাজ্যে।

নোটারির স্পষ্ট অক্ষরে লিখিত নাম

আমার কমিশন এর মেয়াদপূর্তি হবে: \_\_\_\_\_

নোটারির স্বাক্ষর

(সিলমোহর)

**ফেরত দেওয়া সম্পর্কিত নির্দেশাবলী:** অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি প্রিন্ট করুন, সম্পূর্ণ করুন এবং ফেরত পাঠান যে কোনও একটি উপায়ে:

**ফ্যাক্স:** 631.250.9192 | **ডাক:** NY Care Information Gateway, 225 W. 34<sup>th</sup> Street, NYC, NY 10122