

جملہ شرکت کنندگان کے لیے 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 عمل کے ذریعہ خدمات فراہم کرتے ہیں نیویارک کیٹرانفارمیشن گیٹ وے (NY Care Information Gateway) کے توسط سے کسی بھی مقصد کے لیے اپنی معلومات صحت تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت مسترد کر رہا / رہی ہوں، خواہ کوئی طبی ایمرجنسی کی صورتحال ہی کیوں نہ ہو۔

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 انہوں نے شاید میری اصل اجازت پر عمل درآمد کے دوران 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 مذکورہ بالا تمام لوگوں کے لیے اپنی رضامندی واپس لینے کا فیصلہ کر لیا ہے، نگہداشت صحت کے یہ فراہم کنندگان، ادائیگی کنندگان یا بیمہ فراہم کنندگان کے لیے 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 نیویارک کیٹرانفارمیشن 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 نیویارک کیٹرانفارمیشن 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 نیویارک کیٹرانفارمیشن گیٹ وے سے privacy@nycig.org پر یا 212.601.1987 پر رابطہ کر کے اور نیویارک کیٹرانفارمیشن گیٹ وے کو یہ اطلاع دے کر انجام دے سکتا / سکتی ہوں کہ میں تمام شرکت کنندگان کے لیے اپنی رضامندی سے انکار کو منسوخ کرنا چاہتا / چاہتی ہوں۔
5. رضامندی سے انکار کے اس عمل کی بنیاد پر کوئی بھی نیویارک کیٹرانفارمیشن گیٹ وے (NY Care Information Gateway) شرکت کنندہ مجھے طبی علاج فراہم کرنے سے منع نہیں کر سکتا ہے۔

مریض کا مکمل نام جلی حروف میں تحریر 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 جلی حروف میں تحریر کریں
(قابل اطلاق ہونے کی صورت میں)

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

نوٹری پبلک

اس دستاویز پر میری موجودگی میں آج بروز _____ مورخہ _____، 20 _____ کو دستخط کیے گئے۔

ریاست کی _____ کاؤنٹی میں۔

نوٹری کے دستخط
(مہر)

نوٹری کا نام جلی حروف میں
میری صلاحیت ختم ہونے کی تاریخ: _____

واپس بھیجنے سے متعلق ہدایات: برائے مہربانی یہ فارم پرنٹ کریں، مکمل کریں اور درج ذیل میں سے کسی ایک کے ذریعہ واپس بھیج دیں:

فیکس: 631.250.9192 | ڈاک: 225 W. 34th Street, NYC, NY 10122