

## নিউইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড হাইজিন গোপনীয়তার নীতির বিজ্ঞপ্তি

2 জুন, 2016 থেকে কার্যকর

কিভাবে আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করা হতে পারে এবং কিভাবে আপনি এই তথ্যে প্রবেশাধিকারপেতে পারেন তা এই বিজ্ঞপ্তিটিতে বিবৃত করা হয়। দয়া করে এটি যত্ন সহকারে পর্যালোচনা করুন।

যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে তাহলে ক্লিনিক ডিরেক্টর অথবা হেলথ সার্ভিসেস ফেসিলিটি ম্যানেজারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন। এছাড়াও আপনি নিউইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড হাইজিনের প্রধান প্রাইভেসি অফিসারের সঙ্গে 347-396- 6007 নম্বরে বা PrivacyOfficer@health.nyc.gov যোগাযোগ করতে পারেন।

সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য (Protected health information, PHI) হল পৃথকভাবে সনাক্ত যোগ্য স্বাস্থ্য তথ্য, যা মৌখিক, লিখিত বা ইলেকট্রনিক যোগাযোগের মাধ্যমে প্রকাশ করা হয়। এতে জনতান্ত্রিক তথ্য রয়েছে (বয়স, ঠিকানা এবং ইমেল ঠিকানা) এবং আপনার অতীত, বর্তমান ও ভবিষ্যতের শারীরিক ও মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য রয়েছে। সেইসাথে PHI সেই সংক্রান্ত স্বাস্থ্য সুরক্ষা পরিষেবা বা ও সেইসব পরিষেবা সংক্রান্ত ব্যয় অন্তর্ভুক্ত করে। নিউইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (DOHMH) PHI গোপনীয় রাখার বিষয়টিকে গুরুত্ব দেয় এবং দায়িত্বপূর্ণ উপায়ে এবং আইন, নিয়ম এবং বিধি অনুসারে তা সুরক্ষিত করবে।

এই গোপনীয়তা চর্চার বিজ্ঞপ্তি (বিজ্ঞপ্তি) 1996 সালের হেলথ ইনসুরেন্স পোর্টেবিলিটি এবং অ্যাকাউন্টেবিলিটি (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) আইন মেনে প্রদান করা হয়। DOHMH কিভাবে আপনার PHI ব্যবহার করতে পারে ও প্রকাশ করতে পারে এবং কিভাবে সুরক্ষিত করছে সে সম্পর্কে এই বিজ্ঞপ্তিতে বলা রয়েছে। বিজ্ঞপ্তিতে আপনার অধিকার ও আপনার PHI এর ব্যবহার ও তার প্রকাশের ক্ষেত্রে DOHMH এর বাধ্য বাধকতা সম্পর্কিত তথ্য বিজ্ঞপ্তিতে বিবৃত করে।

### এই বিজ্ঞপ্তি কাদের উপর প্রযোজ্য

HIPAA এর অধীনে DOHMH কে একটি “হাইব্রিড সত্তা” হিসেবে বিবেচনা করা হয় কারণ এটি স্বাস্থ্য সেবা পরিষেবা ও জনস্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করে। HIPAA স্বাস্থ্য সেবা পরিষেবা কভার করলেও জনস্বাস্থ্য পরিষেবা কভার করে না।

এই বিজ্ঞপ্তিতে HIPAA এর দ্বারা কভার করা স্বাস্থ্য সেবা উপাদান সম্পর্কে বলা আছে। এই বিজ্ঞপ্তির বাধ্যবাধকতা সমস্বকর্মী, শিক্ষার্থীদের এবং চিকিৎসা, পেমেন্ট ও স্বাস্থ্যসেবার জন্য আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রদান, গ্রহণ বা শেয়ার করতে পারে এমন স্বেচ্ছাসেবকদের উপর প্রযোজ্য।

### DOHMH এর দায়িত্ব

DOHMH ক্লিনিকগুলোকে আইনের অধীনে যা করতে হয়:

- আপনার PHI গোপনীয় ও সুরক্ষিত রাখা
- আপনার PHI এর ব্যবহার ও প্রকাশ বিষয়ক আইনি দায়িত্ব ও গোপনীয়তা চর্চা সম্পর্কে আপনাকে জানানো
- আপনার PHI এর গোপনীয়তা ও সুরক্ষা লঙ্ঘন করছে এমন কিছু বিষয়ে আপনাকে অবিলম্বে জানানো
- এই বিজ্ঞপ্তির শর্তাবলী অনুসরণ করা
- এই বিজ্ঞপ্তিতে কোনো পরিবর্তন হলে তা আপনাকে জানানো

### গোপনীয়তা আইন ও বিধি

স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশের ক্ষেত্রে একাধিক ফেডারেল, স্টেট এবং শহরের গোপনীয়তা আইনের অতিরিক্ত সীমাবদ্ধতা আছে। মা দকাসক্তি থেকে মুক্তির চিকিৎসা HIV/AIDS এর পরীক্ষা ও চিকিৎসা, যৌনবাহিত রোগের পরীক্ষা ও চিকিৎসা এবং মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসার ক্ষেত্রে এইসব আইন প্রভাব ফেলে। DOHMH নীতিও এই বিজ্ঞপ্তি এইসব অতিরিক্ত আইন মেনে চলে।

### DOHMH কিভাবে আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারে

**প্রয়োজনীয় ব্যবহার ও প্রকাশ।** আইনানুসারে, DOHMH কে আপনার কাছে অবশ্যই আপনার PHI প্রকাশ করতে হবে যদি কোনো মেডিক্যাল পেশাদার মনে করেন যে এটি করা আপনার স্বাস্থ্যের পক্ষে ক্ষতিকর হতে পারে।

অনুরোধ করা হয়ে থাকলে, আইনের অধীনে DOHMH কে আপনার PHI মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের স্বাস্থ্য ও মানব পরিষেবার সচিবালয়ের কাছে অবশ্যই প্রকাশ করতে হবে।

**চিকিৎসা।** NYC DOHMH চিকিৎসকের পরামর্শ সহ আপনার প্রয়োজনীয় চিকিৎসা পরিষেবা প্রদান করতে আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারে।

**পেমেন্ট।** আপনাকে প্রদান করা পরিষেবা ও চিকিৎসার জন্য পেমেন্ট নিতে বা বিল করার ক্ষেত্রে আপনার PHI ব্যবহার করা হবে। DOHMH আপনার হেলথ প্ল্যান (Medicaid সহ) অথবা পেমেন্টের

অনুমোদন পেতে পরিচালিত সেবা সংস্থা সম্পর্কে তথ্যশেয়ার করতে পারে।

**স্বাস্থ্য সেবা কার্যকলাপ।** DOHMH নিয়মিত স্বাস্থ্য সেবা কার্যকলাপের জন্য PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারে। চিকিৎসাকর্মীরা আপনার পরিচর্যা এবং একই ধরনের ক্ষেত্রে তুলনামূলক ফলাফল পর্যালোচনা করতে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করবে। উদাহরণ স্বরূপ, আমরা যে পরিচর্যা ও পরিষেবা প্রদান করি তার গুণমান ও কার্যকারিতার ক্রমাগত উন্নতি করতে আমাদের প্রচেষ্টার ক্ষেত্রে আমাদের প্রশিক্ষণ, ঝুঁকি ব্যবস্থাপনা বা গুণমান উন্নতির উদ্দেশ্যে আপনার তথ্য পর্যালোচনা করা হতে পারে।

DOHMH আপনার PHI বিভাগের হয়ে যে তৃতীয় পক্ষের কোম্পানি কার্যকলাপ সম্পন্ন করে (যেমন বিলিং পরিষেবা) তার সঙ্গে শেয়ার করবে। ব্যবসায়িক সহযোগীদেরকেও আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য সুরক্ষিত রাখতে হবে।

আপনার পরিচয় না জেনে যাতে অন্যেরা স্বাস্থ্য সেবা ও পরিষেবার সমীক্ষা করতে পারে তাই DOHMH এমন সব তথ্য অপসারণ করতে পারে যেগুলো আপনাকে সনাক্ত করে।

**অ্যাপয়েন্টমেন্টের রিমাইন্ডার।** DOHMH অ্যাপয়েন্টমেন্টের রিমাইন্ডার পাঠাতে আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারে। এইসব রিমাইন্ডারকে আপনার পরিদর্শনের উদ্দেশ্য সম্পর্কে কিছু বলা থাকবে না।

**আইন অনুসারে প্রয়োজনীয়।** DOHMH ফেডারেল, স্টেট বা শহরের আইন, নিয়ম বা বিধির প্রয়োজনীয়তা অনুসারে আপনার সম্পর্কে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে পারে।

**জনস্বাস্থ্যমূলক কার্যক্রম।** যে সমস্ত জনস্বাস্থ্য সংক্রান্ত সংস্থার জনস্বাস্থ্য নজরদারি বা রোগ, আঘাত ও প্রতিবন্ধকতা প্রতিরোধ বা নিয়ন্ত্রণের জন্য PHI সংগ্রহ বা পাওয়ার আইনি অধিকার আছে তাদের কাছে DOHMH আপনার অনুমতি ছাড়াই আপনার PHI প্রকাশ করতে পারে। এতে অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমিত নয় রোগ, জন্ম মৃত্যুর রিপোর্ট করা।

**শিশু নির্যাতন।** শিশু নির্যাতনের রিপোর্ট পেতে DOHMH এটি সরকারি কর্তৃপক্ষ যারা আইন দ্বারা অনুমোদিত তাঁদের কাছে আপনার PHI প্রকাশ করতে পারে।

**হেলথ ওভারসাইট।** যে সমস্ত হেলথ ওভারসাইট এজেন্সি আইনি কার্যকলাপের (যেমন অডিট, তদন্ত, পরিদর্শন ও লাইসেন্স ইস্যু) জন্য স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা, সরকারি সুবিধার প্রকল্প, সরকার নিয়ন্ত্রিত অন্যান্য প্রোগ্রাম ও নাগরিক অধিকার আইন নিরীক্ষণ করে তাদের কাছে DOHMH আপনার PHI প্রকাশ করতে পারে।

**Food and Drug Administration (ফুড ও ড্রাগ অ্যাডমিনিস্ট্রেশন, FDA)।** DOHMH এইসবক্ষেত্রে FDA এর অনুমোদিত কোনো ব্যক্তি বা কোম্পানিকে আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে পারে:

- পণ্যের ত্রুটি, বিরূপ প্রতিক্রিয়া বা সমস্যা রিপোর্ট করতে

- জৈবিক পণ্যের ত্রুটি রিপোর্ট করতে
- পণ্য ট্র্যাক করতে
- পণ্য ফিরিয়ে নেওয়া সক্ষম করতে
- মেসারামতি বা পরিবর্তন করতে
- বিপণন পরবর্তী নজরদারির আয়োজন করতে।

**আইনিকার্যধারা।** আপনি যদি কোনো মামলা বা বিবাদে জড়িত থাকেন তাহলে আদালতে আদেশ বা প্রশাসনিক আদেশে DOHMH আপনার PHI প্রকাশ করতে পারে। এছাড়াও আদালতের হুকুমনামা, খোঁজের অনুরোধ বা বিবাদে জড়িত কোনো ব্যক্তির অন্য আইনি প্রক্রিয়ার অনুরোধে কেবলমাত্র তখনই আমরা PHI প্রকাশ করতে পারি যদি অনুরোধ সম্পর্কে আপনাকে জানানোর প্রচেষ্টা করা হয়ে থাকে।

**আইনপ্রয়োগ।** কোনো আইন প্রয়োগকারী আধিকারিক বললে

- আদালতের আদেশের, গ্রেপ্তারি পরোয়ানা, সমন বা অনুরূপ প্রক্রিয়ার উত্তরে
- কোনো সন্দেহভাজন পলাতক, ঘটনার প্রত্যক্ষদর্শী, বা অনুরূপ স্থিত ব্যক্তি সনাক্ত বা অবস্থান চিহ্নিতকরণ করার জন্য
- যদি কোনো বিশেষ পরিস্থিতিতে আমরা অপরাধের শিকার হওয়া ব্যক্তি থেকে সম্মতি না পাই সেক্ষেত্রে
- অপরাধী দ্বারা মৃত্যু হয়ে থাকতে পারে বলে যখন আমরা বিশ্বাস করি, তার সম্পর্কে
- DOHMH ক্লিনিকে কোনো অপরাধ সংগঠিত হলে
- কোনো জরুরি পরিস্থিতিতে, অপরাধ, অপরাধের স্থান বা শিকারের অবস্থান বা পরিচয়, অপরাধীর বর্ণনা বা অবস্থান সম্পর্কে অভিযোগ জানাতে DOHMH PHI প্রকাশ করতে পারে

**শবপরীক্ষক, অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালনাকারী এবং অঙ্গদান।** মৃত ব্যক্তিকে শনাক্ত করতে অথবা মৃত্যুর কারণ নির্ণয় করতে DOHMH কোনো শব পরীক্ষক বা মেডিক্যাল পরীক্ষকের কাছে PHI প্রকাশ করতে পারে। এছাড়াও আইন অনুসারে অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালনাকারীদেরকে তাদের কাজে সহায়তার জন্য আমরা তাদের কাছে PHI প্রকাশ করতে পারি। অঙ্গদানের ক্ষেত্রে PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করা হতে পারে।

**গবেষণা।** কিছু নির্দিষ্ট ক্ষেত্রে, গবেষণার উদ্দেশ্যে আমরা আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারি। গবেষণাটি অবশ্যই প্রযোজ্য আইন, নিয়ম এবং বিধি মেনে হতে হবে এবং অবশ্যই DOHMH প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে।

**পিতামাতাদের প্রবেশাধিকার।** পিতামাতা ও আইনের কাছে কোন PHI প্রকাশ করা যাবে তা নিউইয়র্ক স্টেটের বিভিন্ন আইন অনুসারে নির্ধারণ করা হয়। DOHMH আইন অনুসারে কাজ করবে।

**শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ।** শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বা কাজ সংক্রান্ত আঘাত বা অসুস্থতার জন্য সুবিধা প্রদান করে এমন অনুরূপ অন্যান্য প্রোগ্রামগুলির জন্য DOHMH আপনার PHI প্রকাশ করতে পারে।

**অপরাধমূলক কার্যকলাপ।** নির্দিষ্ট কিছু ফেডারেল ও স্টেট আইন অনুসারে, যদি আমাদের মনে হয় কোনো ব্যক্তি বা জনগণের স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তার ক্ষেত্রে একটি গুরুতর এবং আসন্ন বিপদ যা প্রতিরোধকরার ক্ষেত্রে PHI এর ব্যবহার ও প্রকাশ প্রয়োজনীয় সেক্ষেত্রে DOHMH PHI প্রকাশ করতে পারে। আইন প্রয়োগকারী সংস্থার জন্য কোনো ব্যক্তিকে শাস্ত বা বন্ধন করতে যদি প্রয়োজন হয় তাহলে আমরা আপনার PHI প্রকাশ করতে পারি।

**বন্দি।** যদি আপনি কারারুদ্ধ বা সংশোধনাগারে থাকেন এমন হয়, তাহলে আপনার স্বাস্থ্য এবং অন্যান্যদের স্বাস্থ্য ও সুরক্ষার ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য সেই প্রতিষ্ঠানকে বা তার এজেন্টকে DOHMH প্রকাশ করতে পারে।

**মিলিটারি কার্যকলাপ ও ভেটেরান্স।** আপনি সশস্ত্র বাহিনীর সদস্য হলে DOHMH মিলিটারি কম্যান্ড অথরিটির প্রয়োজন অনুসারে আপনার PHI প্রকাশ করতে পারে। এছাড়াও আমরা উপযুক্ত বিদেশী মিলিটারি অথরিটির কাছে বিদেশী মিলিটারি কর্মীর স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে পারি।

**জাতীয় নিরাপত্তা এবং গোয়েন্দা।** আমরা অনুমোদিত ফেডারেল গোয়েন্দা আধিকারিক, প্রতি গোয়েন্দা পুলিশ এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্য জাতীয় নিরাপত্তা কার্যক্রমের কাছে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি। এছাড়াও আমরা ফেডারেল আধিকারিকদের কাছে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে পারি যাতে তারা বিশেষ তদন্ত করতে পারেন অথবা প্রেসিডেন্ট বা অনুমোদিত অন্যান্য ব্যক্তি বা বিদেশী প্রধানদের সুরক্ষা প্রদান করতে পারেন।

**আপনার স্বাস্থ্য সেবায় যুক্ত ব্যক্তি।** আপনার আপত্তি না থাকলে, আপনার অবস্থান, সাধারণ অবস্থা বা মৃত্যুর তথ্য ব্যক্তিগত প্রতিনিধি বা পরিবারের সদস্যকে জানাতে বা জানাতে সাহায্য করতে DOHMH আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারে। আপনি উপস্থিত থাকলে, আপনি এই ধরনের ব্যবহার ও প্রকাশে আপত্তি আপনি জানাতে পারেন। যদি আপনি সিদ্ধান্ত নিতে না পারেন বা যদি এটি জরুরি অবস্থার পরিস্থিতি হয়ে থাকে, তাহলে যদি আমাদের মনে হয় আপনার স্বার্থে PHI প্রকাশ করা ঠিক তাহলে আমরা তা করতে পারি।

**আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য আপনার অধিকার** যদিও আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রেকর্ড DOHMH এর ভেতর সম্পত্তি, তাহলেও তথ্য আপনারই। আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের বিষয়ে আপনার নিম্নলিখিত অধিকারগুলি আছে। ক্লিনিক ডিরেক্টর, হেলথ সার্ভিসেস ম্যানেজার অথবা তার মনোনীত ব্যক্তিকে লিখিত অনুরোধ জমা দেওয়ার মাধ্যমে আপনি নিম্নলিখিত অনুরোধগুলি করতে পারেন।

**পরিদর্শন ও কপি করার অধিকার।** আপনার PHI “নির্দিষ্ট রেকর্ড সেট” এ রাখা হয় এবং আপনার পরিচর্যার বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় ব্যবহার করা হতে পারে। নির্দিষ্ট রেকর্ড সেটে সাধারণত মেডিক্যাল ও বিলিং রেকর্ড থাকে। আপন

র পরিদর্শন করার অধিকার আছে এবং DOHMH এর কাছে যতদিন আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রেকর্ড আছে ততদিন এই তথ্য নেওয়ার অধিকার আপনার আছে। এই অধিকার এই সব ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়:

- সাইকোথেরাপি নোট
- সিভিল, ক্রিমিনাল বা প্রশাসনিক পদক্ষেপ বা কার্যধারার জন্য যুক্তি সঙ্গত নথিতে সংকলিত তথ্য
- আইন অনুসারে প্রবেশাধিকার নেই এমন সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য

কিছু সীমিত পরিস্থিতিতে DOHMH আপনার পরিদর্শন ও কপি করার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারে। যদি আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের প্রবেশাধিকারের অনুরোধ প্রত্যাখ্যাত হয় তাহলে আপনি সেই প্রত্যাখ্যান পর্যালোচনা করার জন্য প্রধান প্রাইভেসি অফিসারের সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারেন।

**সংশোধনের অনুরোধ করার অধিকার।** যদি আপনার মনে হয় যে আমাদের কাছে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য আছে তা ভুল ও অসম্পূর্ণ, তাহলে আপনি সেই তথ্য সংশোধনের পরিবর্তন বা যোগ (জন্য বলতে পারেন) DOHMH এর কাছে যতদিন তথ্য থাকবে ততদিন আপনার সংশোধনের জন্য অনুরোধ করার অধিকার থাকবে। যদি তা লিখিত ভাবে না করা হয় অথবা আপনার অনুরোধের সমর্থনে কারণ অন্তর্ভুক্ত না করা হয় তাহলে DOHMH আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারে। সেইসাথে, এই সব কারণে আমরা আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারি:

- DOHMH না তৈরি করে থাকলে, যে ব্যক্তি বা সংস্থা তৈরি করেছে সে সংশোধনের জন্য উপলব্ধ না হলে
- DOHMH এর কাছে যে স্বাস্থ্য তথ্য রাখা আছে তার অংশ না হলে
- আপনি যে তথ্য পরিদর্শন ও কপি করার জন্য অনুমোদিত তার অংশ না হলে
- সঠিক এবং সম্পূর্ণ হলে

**লঙ্ঘনের বিজ্ঞপ্তি পাওয়ার অধিকার** আপনার তথ্যের গোপনীয়তা ও সুরক্ষা লঙ্ঘন করতে পারে এমন যদি কিছু ঘটে তাহলে সে সম্পর্কে DOHMH আপনাকে অবিলম্বে জানাবে।

**প্রকাশের হিসাব করার অধিকার।** “প্রকাশের হিসাব করা” হল PHI প্রকাশের একটি তালিকা। এই তালিকায় চিকিৎসা, পেমেন্ট অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে উল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিচর্যার উদ্দেশ্যে অথবা অন্য নির্দিষ্ট কিছু প্রকাশের যেমন আপনি করতে বলেছেন এমন কিছু (উল্লেখ থাকে না) আপনার অনুরোধের ছয় বছর আগে থেকে আপনার “প্রকাশের হিসাব করার” অধিকার থাকবে।

**সীমাবদ্ধতার অনুরোধ করার অধিকার।** চিকিৎসা, পেমেন্ট অথবা স্বাস্থ্য পরিচর্যার উদ্দেশ্যে আমরা যে স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করি তা সীমিত করার জন্য অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। এছাড়াও আপনার পরিচর্যা ও আপনার পরিচর্যার পেমেন্টের সঙ্গে যুক্ত ব্যক্তির কা

ছেআমরাযেস্বাস্থ্যতথ্যপ্রকাশকরিতাসীমিতকরারজন্যানুরোধকরা  
রঅধিকারআপনারআছে।আপনারঅনুরোধেরসাথেআমাদেরসম্মত  
হতেহবেএমননয়।

আপনাকে যদি কোনো পরিষেবা বা স্বাস্থ্য পরিচর্যার ক্ষেত্রে  
আপনার সমস্ত অর্থ দিতে হয় তাহলে আপনি পেমেণ্টে ও  
স্বাস্থ্য পরিচর্যার উদ্দেশ্যে আপনার বিমা প্রদানকারীর কাছে  
আপনার তথ্য শেয়ার না করার জন্যবলতেপারেন।যদি আই  
নগত দিক থেকে আমরা বাধ্য না হই তাহলে আমরা সম্ম  
ত হব।

**গোপনে যোগাযোগের অনুরোধ করবার অধিকার** আপনা  
র গোপনীয়তা রক্ষার জন্য আপনি আমাদেরকে অন্য উপা  
য়ে অথবা বিকল্প স্থানে যোগাযোগ করার অনুরোধ করতে  
পারেন। উদাহরণস্বরূপ, আপনি আমাদেরকে আপনার কর্মস্থলে  
বা ডাকযোগে যোগাযোগ করার জন্য বলতে পারেন। এছা  
ড়াও আপনি আমাদেরকে পোস্টকার্ডের পরিবর্তে মুখবন্ধ খা  
মে ডাকযোগে তথ্য পাঠানোর জন্য বলতে পারেন।

গোপনে যোগাযোগের অনুরোধ করতে, ক্লিনিক ডিরেক্টর বা  
তার মনোনীত ব্যক্তিকে লিখিত ভাবে অনুরোধ করুন। আপ  
নার অনুরোধে কিভাবে ও কোথায় আপনি যোগাযোগ কর  
তে চান অবশ্যই তার উল্লেখ করতে হবে। যদি আপনি এ  
কের বেশী ক্লিনিকে পরিষেবা পান ,তাহলে আপনাকে প্রতি  
টি ক্লিনিকে পৃথকভাবে অনুরোধ করতে হবে।

**আপনার হয়ে প্রতিনিধিত্ব করবেন এমন কাউকে চয়ন ক  
রার অধিকার।** যদি আপনি কাউকে মেডিক্যাল পাওয়ার  
অফ অ্যাটর্নি দেন অথবা আপনার কেউ আইনি অভিভাবক  
থাকলে ,সেই ব্যক্তি আপনার স্বাস্থ্য তথ্য সম্পর্কে আপনার  
অধিকার ও সিদ্ধান্ত নেওয়ার অধিকার পাবেন।

**এই বিজ্ঞপ্তিটির একটি কপি পাওয়ার অধিকার।** আপনি যে  
কোনো সময়ে এই বিজ্ঞপ্তির কাগজে কপি পেতে পারেন।--  
347-396-6007 নম্বরে ক্লিনিক ডিরেক্টর ,হেলথ সার্ভিসেস ম্যা  
নেজার বা DOHMH এর প্রধান প্রাইভেসি অফিসারের সঙ্গে  
যোগাযোগ করুন।

### **PHI ব্যবহারের অনুমোদন**

HIPAA কে আপনার PHI সংক্রান্ত নিম্নলিখিত ব্যবহারের ক্ষে  
ত্রে আপনার লিখিত অনুমতির প্রয়োজন:

- মার্কেটিংয়ের উদ্দেশ্যে
- আপনার তথ্যবিক্রয় (দ্রষ্টব্য: DOHMH আপনার PHI বি  
ক্রয় করা DOHMH এর নীতি নয়)
- সর্বাধিক সাইকোথেরাপির নোট প্রকাশ

এই বিজ্ঞপ্তি ও আমাদের প্রযোজ্য আইনের আওতাধীন এমন  
কোনো ক্ষেত্রে অন্যদের কাছে আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকা  
শের জন্য DOHMH কে আপনার লিখিত অনুমতির জন্য অ  
নুরোধ করতে হবে। আপনি যদি আমাদেরকে আপনার PHI  
ব্যবহার ও প্রকাশ করার অনুমতি দেন তাহলে, আপনি যে  
কোনো সময়ে লিখিতভাবে জানিয়ে আপনার অনুমতি প্রত্য  
হার বা বাতিল করতে পারেন।

আপনি আপনার অনুরোধ প্রত্যাহার করলে, সেই লিখিত অনু  
মোদনে ব্যখ্যা করা কারণ অনুসারে DOHMH আপনার PHI  
ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারবে না। আপনার অনুমতি নি  
য়ে আমরা যে তথ্য ইতিমধ্যে প্রকাশ করে দিয়েছি এবং যে  
তথ্য আমাদের রেকর্ডে রাখা দরকার ছিল তা আমরা প্র  
ত্যাহার করতে পারি না।

### **এই বিজ্ঞপ্তিতে পরিবর্তন**

আমাদের গোপনীয়তা চর্চা ও এই বিজ্ঞপ্তির পরিবর্তন করা  
র অধিকার আমরা সংরক্ষণ করে রেখেছি। আপনার সম্পর্কে আ  
মাদের কাছে স্বাস্থ্যতথ্য আছে তার জন্য বিজ্ঞপ্তিতে পরিবর্তন করার অ  
ধিকারের পাশাপাশি বিষয়তে যদি আমরা কোনো তথ্য পাই সেটিতে পরি  
বর্তন করার অধিকার আমরা সংরক্ষণ করে রেখেছি।

আমাদের ক্লিনিক গুলির প্রতিটিতে আমরা আপনার বর্তমান  
বিজ্ঞপ্তির প্রতিলিপি পোস্ট করব। বিজ্ঞপ্তির প্রথম পৃষ্ঠার উ  
পরের মাঝের দিকে এবং শেষ পৃষ্ঠার নিচের ডানদিকে কা  
র্যকরি হওয়ার তারিখ লেখা থাকবে। এছাড়াও, বর্তমান বিজ্ঞ  
প্তির কপি প্রতি বার সংশোধনের সময় আপনাকে দেওয়া হ  
বে। এছাড়াও আপনি যে কোনো সময়ে আমাদের বিজ্ঞপ্তির  
কপির অনুরোধ করতে পারেন এবং nyc.gov/health এ সাম্প্র  
তিক বিজ্ঞপ্তিটি দেখতে পারেন "AAPIH") অনুসন্ধান করুন।

### **অভিযোগ**

যদি আপনার মনে হয় যে আপনার গোপনীয়তার অধিকার  
ভঙ্গ হচ্ছে, তাহলে আপনি লিখিত ভাবে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের স্বা  
স্থ্য ও মানব পরিষেবার সচিবালয়ে অথবা DOHMH প্রধান প্রা  
ইভেসি অফিসারের নিকট নিম্নলিখিত ঠিকানায় অভিযোগ জা  
নাতে পারেন। অভিযোগ জানানোর জন্য আপনার সঙ্গে কোনও  
প্রতিশোধমূলক আচরণ করা হবে না।

**অভিযোগ ইমেল করুন:** PrivacyOfficer@health.nyc.gov

### **ডাকযোগে অভিযোগ জানান:**

NYC DOHMH Chief Privacy Officer  
Gotham Center  
42-09 28th Street, 14<sup>th</sup> Floor, CN-30  
Queens, NY 11101

**2 জুন, 2016 থেকে কার্যকর**

**গোপনীয়তার নীতির বিজ্ঞপ্তি  
প্রাপ্তি স্বীকার**

*Notice of Privacy Practices Acknowledgement of Receipt*

এই ফর্মে তারিখ সহ স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি স্বীকার করছি যে আমি নিউইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিনের গোপনীয়তা চর্চার বিজ্ঞপ্তি পেয়েছি।

রোগীর নাম(অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)   Patient's Name	
রোগীর স্বাক্ষর   Patient's Signature	তারিখ   Date

যদি আপনি রোগীর ব্যক্তিগত প্রতিনিধি হিসেবে এটি পূরণ করছেন তাহলে নিচে আপনার নাম প্রিন্ট করুন।

ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নাম(অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)   Personal Representative's Name	
ব্যক্তিগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর   Personal Representative's Signature	তারিখ   Date

**কেবলমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য**

- Patient refused to sign  
 Patient unable to sign

DOHMH Employee Initials	Date
-------------------------	------

*Original Patient Record*