

ফ্যাকাল্টি গ্রুপ প্র্যাক্টিস্ [Faculty Group Practice]
বধির এবং শুনতে সমস্যা হয় এমন রোগীর জন্য প্রশ্নমালা

এই নথিটি আমাদের আপনার সঙ্গে ভাববিনিময়ের সবচেয়ে ভাল উপায়টি বুঝতে এবং আপনার যে সব
পরিষেবা প্রয়োজন হতে পারে সেগুলি আপনাকে প্রদান করতে সাহায্য করবে।

রোগীর নাম: _____ MRN: _____

আমি হলাম: _____ বধির _____ শুনতে সমস্যা হয় _____

আমি সাইন ল্যাঙ্গুয়েজে (আকার-ইঙ্গিতের ভাষায়) ভাববিনিময় করি _____ হ্যাঁ _____ না

*আমার একজন সাইন ল্যাঙ্গুয়েজ অনুবাদক প্রয়োজন _____ হ্যাঁ _____ না

আমি নিজের হয়ে কথা বলতে পারি _____ হ্যাঁ _____ না

আমি ঠোঁট নাড়া/কথা বলা দেখে ভালভাবে অনুমান করতে পারি _____ হ্যাঁ _____ না

*আমার একজন মৌখিক অনুবাদক প্রয়োজন _____ হ্যাঁ _____ না

আমি লিখিতভাবে ভাববিনিময় করতে স্বচ্ছন্দ _____ হ্যাঁ _____ না

*আপনি যদি একজন অনুবাদক পেতে চান, তাহলে আপনার এবং ডাক্তারের জন্য বিনামূল্যে একজন
অনুবাদক প্রদান করা হবে।

আপনার যদি আমার সঙ্গে যোগাযোগ করার প্রয়োজন হয়:

অনুগ্রহ করে আমাকে _____ নম্বরে টেক্সট পাঠান

অনুগ্রহ করে আমাকে একটি রিলে পরিষেবার মাধ্যমে ফোন করুন _____

অনুগ্রহ করে আমাকে _____ নম্বরে ফ্যাক্স পাঠান

ফ্যাকাল্টি গ্রুপ প্র্যাকটিস রোগীর পরিচয়মূলক ফর্ম
[Faculty Group Practice Patient Demographic Form]

রোগীর তথ্য [Patient Information]	নাম (পদবী, নাম, মাঝের নাম) [Name (Last, First, MI)]			ই-মেল ঠিকানা [Email address]		
	রাস্তার ঠিকানা [Street Address]			শহর [City]		স্টেট [State]
	গৃহের ফোন [Home Phone] ()		কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] ()		মোবাইল ফোন [Cell Phone] ()	
	পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]		পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]		পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]	
	SSN	জন্ম তারিখ [Date of Birth]	লিঙ্গ [Gender] <input type="checkbox"/> পুরুষ [Male] <input type="checkbox"/> মহিলা [Female]	বৈবাহিক অবস্থা [Marital Status] <input type="checkbox"/> অবিবাহিত [Single] <input type="checkbox"/> বিবাহিত [Married] <input type="checkbox"/> বিবাহবিচ্ছিন্ন [Divorced] <input type="checkbox"/> বিপন্নীক বা বিধবা [Widowed] <input type="checkbox"/> আলাদা বসবাসরত [Separated] <input type="checkbox"/> জীবনসঙ্গী [Partner] <input type="checkbox"/> অন্যান্য [Other]		
অর্থনৈতিক দায়িত্বপ্রাপক দল [Financially Responsible Party]	গৃহের ফোন [Home Phone] ()			জাতিগত পরিচয় [Ethnicity]		পছন্দের ভাষা [Preferred Language]
	পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]					মূল দেশ [Country of Origin]
	রোগী কি দায়িত্বশীল পক্ষ/অঙ্গীকার প্রদানকারী? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না (আপনার বয়স যদি 18 বছরের বেশি হয় এবং আপনি কোন প্রতিষ্ঠানের পরিচর্যায় না থাকেন, তাহলে আপনিই অঙ্গীকার প্রদানকারী ব্যক্তি, কারণ সাফাভের সময়ে আপনার যে সমস্ত খরচ হতে পারে তার জন্য আর্থিক দায়িত্ব আপনারই) [Is patient responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If you are over the age of 18 and not in the care of an institution you are the guarantor as you are the person financially responsible for any charges you may incur during your visit)]					
	নাম [Name]		ঠিকানা [Address]		শহর/স্টেট/জিপ [City/State/Zip]	
	পেশা বা বৃত্তি [Occupation]		নিয়োগকর্তা [Employer]		ই-মেল ঠিকানা [Email Address]	
জরুরি পরিস্থিতিতে যোগাযোগ [Emergency Contact]	গৃহের ফোন [Home Phone] ()			কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] ()		মোবাইল ফোন [Cell Phone] ()
	পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]			পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]		পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]
	নাম [Name]			রোগীর সাথে সম্পর্ক [Relationship to Patient]		
	মোবাইল ফোন [Cell Phone] ()			কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] ()		মোবাইল ফোন [Cell Phone] ()
	পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]			পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]		পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]

সুপারিশপত্র প্রেরণ সম্পর্কিত তথ্য [Referral Info]	সুপারিশকারী চিকিৎসকের নাম [Referring Physician's Name]		চিকিৎসকের ফোন/ফ্যাক্স (যদি জানা থাকে) [Physician Phone/Fax (if known)] ()			
	চিকিৎসকের ঠিকানা [Physician Address]					
PCP তথ্য [PCP Info]	প্রাথমিক পরিচর্যার চিকিৎসকের নাম (উপরোক্ত সুপারিশকারী চিকিৎসক একই ব্যক্তি কি না তা যাচাই করুন <input type="checkbox"/>) [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above <input type="checkbox"/>)]		চিকিৎসকের ফোন/ফ্যাক্স (যদি জানা থাকে) [Physician Phone/Fax (if known)] ()			
	চিকিৎসকের ঠিকানা [Physician Address]					
বিমা সম্পর্কিত তথ্য [Insurance Information]	প্রাথমিক বিমা প্রতিষ্ঠান [Primary Insurance Company]		পলিসি # [Policy #]		গ্রুপ # [Group #]	
	বিমাকারীর সঙ্গে রোগীর সম্পর্ক [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> স্বয়ং [Self] <input type="checkbox"/> স্বামী বা স্ত্রী [Spouse] <input type="checkbox"/> সন্তান [Child] <input type="checkbox"/> অন্য [Other] _____		গ্রাহকের নাম (যদি রোগী ভিন্ন অন্য কেউ হন) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	গ্রাহকের সোশ্যাল সিকিউরিটি # [Subscriber's Social Security #]		লিঙ্গ [Gender] <input type="checkbox"/> পুরুষ [Male] <input type="checkbox"/> মহিলা [Female]		জন্ম তারিখ [Date of Birth]	
			গ্রাহকের নিয়োগকর্তা [Employer of Subscriber]		কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] ()	
	দ্বিতীয় বিমা প্রতিষ্ঠান [Secondary Insurance Company]		পলিসি # [Policy #]		গ্রুপ # [Group #]	
	বিমাকারীর সঙ্গে রোগীর সম্পর্ক [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> স্বয়ং [Self] <input type="checkbox"/> স্বামী বা স্ত্রী [Spouse] <input type="checkbox"/> সন্তান [Child] <input type="checkbox"/> অন্য [Other] _____		গ্রাহকের নাম (যদি রোগী ভিন্ন অন্য কেউ হন) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
গ্রাহকের সোশ্যাল সিকিউরিটি # [Subscriber's Social Security #]		লিঙ্গ [Gender] <input type="checkbox"/> পুরুষ [Male] <input type="checkbox"/> মহিলা [Female]		জন্ম তারিখ [Date of Birth]		
		গ্রাহকের নিয়োগকর্তা [Employer of Subscriber]		কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] ()		
নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি স্বীকার করছি যে প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য। [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]						
রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: ____/____/_____ [Patient Signature] [Date]						
গ্যারান্টি প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর (যদি রোগী ভিন্ন অন্য কেউ হন): _____ তারিখ: ____/____/_____ [Guarantor Signature (if other than patient)] [Date]						

ফ্যাকাল্টি গ্রুপ প্র্যাকটিস এর রোগীর পরিচয়মূলক ফর্ম – শিশুচিকিৎসা
[Faculty Group Practice Patient Demographic Form – Pediatrics]

রোগীর তথ্য [Patient Information]	নাম (পদবী, নাম, মাতার নাম) [Name (Last, First, MI)]				আজকের তারিখ [Today's Date]	
	রাষ্ট্রের ঠিকানা [Street Address]			শহর [City]		স্টেট [State]
	SSN	জন্ম তারিখ [Date of Birth]	লিঙ্গ [Gender] <input type="checkbox"/> পুরুষ [Male] <input type="checkbox"/> মহিলা [Female]	জাতি [Race]	জাতিগত পরিচয় [Ethnicity]	পছন্দের ভাষা [Preferred Language]
	রোগী অথবা তার ভাই অথবা বোনকে কি আমাদের অফিসে দেখা গেছে? (অনুগ্রহ করে তালিকা দিন) [Has patient or siblings been seen in our office? (Please list)]				মূল দেশ [Country of Origin]	
অর্থনৈতিক দায়িত্বগ্রহণকারী দল [Financially Responsible Party]	রোগী ১: [Parent 1] <div>এই পিতা বা মাতা কি দায়িত্বগ্রহণকারী দল/গ্যারান্টি প্রদানকারী? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]</div>					
	নাম [Name]		ঠিকানা [Address]		শহর/স্টেট/জিপ [City/State/Zip]	
	পেশা বা বৃত্তি [Occupation]		নিয়োগকর্তা [Employer]		ই-মেল ঠিকানা [Email Address]	
	গৃহের ফোন [Home Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>		কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>		মোবাইল ফোন [Cell Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>	
	রোগী ২: [Parent 2] <div>এই পিতা বা মাতা কি দায়িত্বগ্রহণকারী দল/গ্যারান্টি প্রদানকারী? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]</div>					
	নাম [Name]		ঠিকানা [Address]		শহর/স্টেট/জিপ [City/State/Zip]	
	পেশা বা বৃত্তি [Occupation]		নিয়োগকর্তা [Employer]		ই-মেল ঠিকানা [Email Address]	
	গৃহের ফোন [Home Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>		কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>		মোবাইল ফোন [Cell Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>	
অবিলম্বে পরিচিতিত যোগাযোগ [Emergency Contact]	নাম [Name]			রোগীর সাথে সম্পর্ক [Relationship to Patient]		
	গৃহের ফোন [Home Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>		কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>		মোবাইল ফোন [Cell Phone] () <div>পছন্দের <input type="checkbox"/> [Preferred]</div>	

সুপারিশসহ প্রেরণ সম্পর্কিত তথ্য [Referral Info]	সুপারিশকারী চিকিৎসকের নাম [Referring Physician's Name]				চিকিৎসকের ফোন/ফ্যাক্স (যদি জানা থাকে) [Physician Phone/Fax (if known)] ()	
	চিকিৎসকের ঠিকানা [Physician Address]					
PCP তথ্য [PCP Info]	প্রাথমিক পরিচর্যার চিকিৎসকের নাম (উপরোক্ত সুপারিশকারী চিকিৎসক একই ব্যক্তি কি না তা যাচাই করুন <input type="checkbox"/>) [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above <input type="checkbox"/>)]				চিকিৎসকের ফোন/ফ্যাক্স (যদি জানা থাকে) [Physician Phone/Fax (if known)] ()	
	চিকিৎসকের ঠিকানা [Physician Address]					
বিমা সম্পর্কিত তথ্য [Insurance Information]	প্রাথমিক বিমা প্রতিষ্ঠান [Primary Insurance Company]			পলিসি # [Policy #]		গ্রুপ # [Group #]
	মিনি দাবি করছেন তাঁর ঠিকানা [Claims Address]		শহর [City]	স্টেট [State]	জিপ [Zip]	ফোন [Phone] ()
	বিমাকারীর সঙ্গে রোগীর সম্পর্ক [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> স্বয়ং [Self] <input type="checkbox"/> স্বামী বা স্ত্রী [Spouse] <input type="checkbox"/> সন্তান [Child] <input type="checkbox"/> অন্য [Other] _____			গ্রাহকের নাম (যদি রোগী ভিন্ন অন্য কেউ হন) [Name of Subscriber (if other than patient)]		
	গ্রাহকের সোশ্যাল সিকিউরিটি # [Subscriber's Social Security #]		লিঙ্গ [Gender] <input type="checkbox"/> পুরুষ [Male] <input type="checkbox"/> মহিলা [Female]	জন্ম তারিখ [Date of Birth]	গ্রাহকের নিয়োগকর্তা [Employer of Subscriber]	কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] ()
	দ্বিতীয় বিমা প্রতিষ্ঠান [Secondary Insurance Company]			পলিসি # [Policy #]		গ্রুপ # [Group #]
	মিনি দাবি করছেন তাঁর ঠিকানা [Claims Address]		শহর [City]	স্টেট [State]	জিপ [Zip]	ফোন [Phone] ()
	বিমাকারীর সঙ্গে রোগীর সম্পর্ক [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> স্বয়ং [Self] <input type="checkbox"/> স্বামী বা স্ত্রী [Spouse] <input type="checkbox"/> সন্তান [Child] <input type="checkbox"/> অন্য [Other] _____			গ্রাহকের নাম (যদি রোগী ভিন্ন অন্য কেউ হন) [Name of Subscriber (if other than patient)]		
	গ্রাহকের সোশ্যাল সিকিউরিটি # [Subscriber's Social Security #]		লিঙ্গ [Gender] <input type="checkbox"/> পুরুষ [Male] <input type="checkbox"/> মহিলা [Female]	জন্ম তারিখ [Date of Birth]	গ্রাহকের নিয়োগকর্তা [Employer of Subscriber]	কর্মস্থলের ফোন [Work Phone] ()
নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি স্বীকার করছি যে প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য। [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]						
রোগীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: ____/____/_____ [Patient Signature] [Date]						
গ্যারান্টি প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর (যদি রোগী ভিন্ন অন্য কেউ হন): _____ তারিখ: ____/____/_____ [Guarantor Signature (if other than patient)] [Date]						

FACULTY GROUP PRACTICE আর্থিক নীতিসমূহ এবং রোগীর দায়িত্ব

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

আমি বুঝেছি যে NYU স্কুল অফ মেডিসিন, আমার চিকিৎসাকারী ডাক্তার এবং তাদের দ্বারা নির্ধারিত ব্যক্তির চিকিৎসা, অর্থপ্রদান ও স্বাস্থ্য পরিচর্যার কাজকর্মের জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত উদ্দেশ্যে আমার স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যাবলী ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারবে, যার মধ্যে আমার বিমা কোম্পানির (বা বাহক) অনুরোধকৃত তথ্য এবং পরিকল্পনার উদ্দেশ্যগুলি নির্বাহ করার জন্য প্রয়োজনীয় যে কোন তথ্য প্রকাশ করা অন্তর্ভুক্ত, তবে এর বাইরে অন্য তথ্যও প্রকাশ করা হতে পারে।

[I understand that NYU School of Medicine, my treating physicians and their respective designees, will use and disclose my health information for all purposes necessary for treatment, payment and health care operations, including but not limited to release of information requested by my insurance company (or carrier) and any information necessary for discharge planning purposes.]

- **বীমার হস্তান্তর:** আমি এতদ্বারা আমার বীমার সুবিধাগুলি সরাসরি NYU School of Medicine-কে প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি এটা বুঝি যে আওতাভুক্ত নয় এমন পরিষেবাগুলির জন্য আর্থিকরূপে আমিই দায়ী থাকব। আমার পক্ষ নিয়ে বীমার দাবিগুলি প্রক্রিয়াকরণের জন্য প্রয়োজনীয় যে কোনও মেডিক্যাল তথ্য বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশের জন্য আমি অনুমতি দিচ্ছি।

[ASSIGNMENT OF INSURANCE: I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to NYU School of Medicine. I understand I am financially responsible for non-covered services. I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims on my behalf.]

- **আর্থিক দায়:** আমাকে NYU School of Medicine এর আর্থিক নীতিগুলির একটি কপি দেওয়া হয়েছে এবং আমি তাতে উল্লিখিত শর্তগুলির প্রতি সম্মত হয়েছি। আমি এতদ্বারা আমার প্লানের অধীনে প্রদত্ত কো-পেমেন্ট ও ডিডাক্টিবেল সমেত, আমার সেবা ও চিকিৎসার জন্য ধার্য সকল মূল্য (অথবা যা ধার্য হবে) পরিশোধ করতে সম্মত হচ্ছি। কোনও তৃতীয় পক্ষ যদি কোনও সুবিধা প্রদান করে, তাহলে সেটা অ্যাকাউন্টে জমা হবে। আমি বুঝি যে, নিচের কোনোটি প্রযোজ্য হলে, তার জন্য যে কোনো মূল্য পরিশোধ করার জন্য আমি দায়ী থাকব:

[FINANCIAL LIABILITY: I have been provided a copy of the NYU School of Medicine financial policies and agree to the specified terms. I hereby agree to pay all charges due (or to become due) to NYU School of Medicine for care and treatment, including co-payments and deductibles as provided under my plan. Benefits, if any, paid by a third party, will be credited on account. I understand that I will be responsible for any charges if any of the following apply:]

- আমার হেলথ প্লান অনুযায়ী আমি NYU School of Medicine-এ পরিষেবা পাওয়ার আগে একজন প্রাইমারী কেয়ার ফিজিসিয়ান (PCP)-কে দিয়ে অগ্রিম রেফারাল নিতে বাধ্য থাকব, এবং আমি এই ধরনের রেফারাল নিইনি অথবা আমি এই রেফারালের সীমার চেয়ে বেশি পরিষেবা পেয়েছি, এবং/অথবা
[My health plan requires prior referral by a Primary Care Physician (PCP) before receiving services at NYU School of Medicine and I have not obtained such a referral or I receive services in excess of the referral, and/or]
- আমার হেলথ প্লান যদি নির্ধারণ করে যে আমি NYU School of Medicine-এ যে পরিষেবাগুলি পেয়েছি সেগুলি চিকিৎসাগত দিক থেকে আবশ্যিক নয় এবং/অথবা আমার বীমার প্লানের আওতাভুক্ত নয়, এবং/অথবা
[My health plan determines that the services I receive at NYU School of Medicine are not medically necessary and/or not covered by my Insurance plan, and/or]
- আমি NYU School of Medicine-এ পরিষেবাগুলি নেওয়ার সময়ে, আমার হেলথ প্লানের কভারেজ ফুরিয়ে গিয়েছে বা তার মেয়াদ অতিক্রান্ত হয়েছে, এবং/অথবা
[My health plan coverage has lapsed or expired at the time I receive services at NYU School of Medicine, and/or]
- আমি আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনার আওতাকে ব্যবহার না করার সিদ্ধান্ত নিয়েছি, এবং/অথবা।
[I have chosen not to use my health plan coverage, and/or]
- আমি যে চিকিৎসককে দেখিয়েছি তিনি আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় অংশগ্রহণ করেন না।
[The physician I see does not participate with my health care plan.]

FACULTY GROUP PRACTICE আর্থিক নীতিসমূহ এবং রোগীর দায়িত্ব

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

- **ফাইলে থাকা মেডিকেশ্যর স্বাক্ষর (শুধুমাত্র মেডিকেশ্যর রোগীদের জন্য):** আমি অনুরোধ করছি যেন অনুমোদিত মেডিকেশ্যর সুবিধাগুলি আমাকে প্রদান করা হয় অথবা আমি হাসপাতালে থাকাকালীন যে সব সেবা প্রদানকারী আমার চিকিৎসা করেন অথবা যে প্রদানকারীরা আমাকে ঐসব পরিষেবা দেন তার জন্য আমার হয়ে ঐ সব প্রদানকারীকে সুবিধাগুলি দেওয়া হয়। আমার চিকিৎসাগত ও অন্যান্য তথ্যগুলির ধারককে আমি এই সুবিধাগুলি অথবা সংশ্লিষ্ট পরিষেবাসমূহের জন্য সুবিধাগুলি নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় যে কোনও তথ্যকে মেডিকেশ্যর ও তার এজেন্টদের কাছে প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি।
[MEDICARE SIGNATURE ON FILE (Medicare Patients Only): I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to all providers who treat me during my hospital stay or any services furnished to me by those providers. I authorize the holder of medical and other information about me to release to Medicare and its agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services.]

রোগীর মেডিকেশ্যর নম্বর _____
[Patient's Medicare Number]

রোগীর স্বাক্ষর _____
[Patient Signature]

- **সংশ্লিষ্ট পরিষেবাগুলি:** আমি বুঝি যে আমি NYU School of Medicine এ থাকার সময়ে নির্দিষ্ট কিছু সংশ্লিষ্ট চিকিৎসা পরিষেবা পেতে পারি; যেমন অ্যানেস্থেসিয়া, রুদপিণ্ডের পরীক্ষার ব্যাখ্যা, ছবি তোলা পরিষেবা (যেমন এক্স-রে, MRI ইত্যাদি) এবং প্যাথোলজি নমুনা পরীক্ষা। আমি বুঝি যে কিছু চিকিৎসক আমার উপস্থিতিতে পরিষেবা নাও দিতে পারেন, তবে তারা রোগনির্ণয় ও চিকিৎসা সঙ্গে সক্রিয়ভাবে যুক্ত আছেন। আমি আমার বীমা কোম্পানি দ্বারা আমাকে জারি করা নীতি(গুলি) বা প্ল্যান(গুলি) এর অধীনে এই পরিষেবাগুলির জন্য সরাসরি অর্থপ্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। আমি বুঝি যে এই সংশ্লিষ্ট পরিষেবাগুলির ফলস্বরূপ আমার অতিরিক্ত খরচ হতে পারে; কোনও তৃতীয় পক্ষের অর্থ প্রদানকারী কর্তৃক আমার হয়ে প্রদান করা সুবিধাগুলির জন্য মূল্য প্রদানের পরে, সর্বোচ্চ যে মূল্য বকেয়া হবে সেই সীমা পর্যন্ত আমি এই পরিষেবাগুলির জন্য সব বকেয়া মূল্য পরিশোধ করতে সম্মত হচ্ছি।
[ANCILLARY SERVICES: I understand I may receive certain ancillary medical services while I am at NYU School of Medicine; such as, anesthesia, interpretation of cardiac tests, imaging services (e.g., x-rays, MRIs) and pathology specimen examination. I understand that some physicians may not provide services in my presence, but are actively involved in the course of diagnosis and treatment. I hereby authorize payment directly for these services under the policy(s) or plan(s) issued to me by my insurance carrier. I understand that I may incur additional charges as a result of these ancillary services; I agree to pay all charges due with respect to such services to the extent the charge is due after credit is given for benefits paid on my behalf by any third party payor.]
- **বাতিল করা বা অনুপস্থিত থাকা অ্যাপয়েন্টমেন্টগুলি:** ব্যক্তিগত চিকিৎসকের দপ্তরের নীতির উপর ভিত্তি করে আমি বুঝি যে যদি আমি বাতিলের জন্য প্রয়োজনীয় নোটিশ (বিজ্ঞপ্তি) না দিই বা অ্যাপয়েন্টমেন্ট বাতিল না করা সত্ত্বেও যদি আমি অ্যাপয়েন্টমেন্টে উপস্থিত না থাকি, তাহলে আমাকে একটি বাতিলকরণ ফী বহন করতে হতে পারে।
[CANCELED OR NO-SHOW APPOINTMENTS: I understand that based on the policy of the individual physician offices, I may incur a cancellation fee if I do not provide the required notice of cancellation, or if I do not keep my appointment and have not canceled.]

আমাকে ফ্যাকাল্টি গ্রুপের রোগীদের জন্য প্রযোজ্য আর্থিক নীতিসমূহ জানানো হয়েছে। আমি বুঝি যে উপরে তালিকাভুক্ত তথ্যগুলি আমাকে পুরোপুরি ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

[I have been provided the Faculty Group Practice Patient Financial Policies. I understand the information listed above which has been fully explained to me.]

রোগীর স্বাক্ষর
[Patient Signature]

তারিখ
[Date]

গ্যারান্টরের স্বাক্ষর
[Guarantor Signature]

তারিখ
[Date]

Faculty Group Practice আর্থিকনীতিসমূহের সারসংক্ষেপ

আপনার চিকিৎসা সেবার জন্য NYU Langone Medical Center-

কেবেছে নেওয়ার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। আমরা এটার প্রশংসাকরিয়ে আপনাকে আপনার স্বাস্থ্য সেবার দায়িত্ব আমাদের উপরে অর্পণ করেছেন, এবং আমরা আপনাকে যতটা সম্ভব উত্কর্ষমানের রোগী-পরিচর্যা দিতে অঙ্গীকারবদ্ধ।

স্বাস্থ্য সেবাসুবিধা এবং আওতার বিকল্পগুলি ক্রমশ বেসিমা গ্রাফ জটিল হয়ে উঠেছে,

তাই রোগী হিসাবে আপনার দায়িত্বগুলিকে আরও ভালভাবে বুঝতে আপনাকে সাহায্য করার জন্য আমরা এই আর্থিকনীতি প্রস্তুত করেছি। আপনাকে আপনার প্রস্তাবিত চিকিৎসার সম্বন্ধে বুঝতে সাহায্য করার জন্য এবং খরচের অর্থ ফেরত পাওয়ার জন্য আপনার বীমার দাবি জমাদেওয়া সম্পর্কিত প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া র জন্য আমরা আমাদের সেরা প্রচেষ্টা করব।

আপনার স্বাস্থ্য বীমার পলিসি হল আপনার সঙ্গে আপনার স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানি অথবা আপনার নিয়োগকর্তার সঙ্গে একটা চুক্তি। দয়াকরে মনে রাখবেন যে আপনার বীমার কোম্পানি নির্দিষ্ট নিয়ম বানিয়েছে কিনা সেটা জানার দায়িত্ব আপনার, যেমন রেফারালের প্রয়োজন, অগ্রিম সাটিফিকেশন, অগ্রিম অনুমোদন, আউটপেশেন্ট চিকিৎসার খরচের সীমা, এবং নির্দিষ্ট চিকিৎসক, ল্যাব এবং/বা হাসপাতাল ব্যবহার করার কোনও বাধ্যবাধকতা। কোনও রকম ডিডাক্টিবল, কোপেইন্ট এবং/বা কোইনসুরেন্স এর সম্বন্ধে আপনার জানা উচিত। আমাদের চিকিৎসকরা অংশগ্রহণ করুন বা না করুন, এটা সকল অর্থদাতার উপরেই প্রযোজ্য।

আপনি যদি আপনার বর্তমান স্বাস্থ্য বীমানীতির সুবিধাগুলির সম্বন্ধে অনিশ্চিত হন, তাহলে আপনার সুবিধা,

নিজের পকেট থেকে দিতে হবে এমনকী এবং আওতার সীমার বিস্তারিত তথ্যের সম্বন্ধে জানার জন্য আপনাকে আপনার প্লানের সঙ্গে যোগাযোগ করতে হবে।

অনুগ্রহ করে এই নীতিগুলি বিষয়ে রেফার করার জন্য রেখে দিন

বীমার আওতা

প্রতিবার সাক্ষাত করার সময়ে অনুগ্রহ করে আমাদের আপনার বর্তমান বীমার প্লান বিষয়ক তথ্য দেবেন এবং যেকোনও পরিবর্তনের সম্বন্ধে আমাদের জানান। আমরা আপনাকে আপনার ইন্স্যুরেন্স কার্ড এর কপি বা স্ক্যান করে তার একটা কপি দিতে অনুরোধ করব যা আমাদের রেকর্ডের জন্য ফাইল রাখতে পারি।

অনুগ্রহ করে অ্যাপয়েন্টমেন্ট বা পরিষেবার আগে যেকোনও আবশ্যিক অগ্রিম রেফারাল বা অনুমোদনের সম্বন্ধে সচেতন থাকুন এবং সেগুলি প্রদান করুন। সেবাদে ওয়ার আগে আপনি যদি এগুলি না দেন, তাহলে সেবার খরচের জন্য আপনি দায়ী থাকবেন। সন্দেহ থাকলে, ব্যাখ্যার জন্য সরাসরি আপনার প্লানের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

আমাদের ডাক্তাররা অনেকগুলি বীমার প্লানের অংশ,

কিন্তু বিভিন্ন ডাক্তারের মধ্যে অংশগ্রহণের পার্থক্য হয়। আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্টের আগে অনুগ্রহ করে এই বিষয়ে নিশ্চিত হবেন যে আপনার ডাক্তার নেটওয়ার্কের অন্তর্ভুক্ত আছেন এবং পরিষেবাগুলি আপনার প্লানের আওতাভুক্ত আছে। আপনার ডাক্তার যদি নেটওয়ার্কের বাইরে থাকেন,

তাহলে সেবার খরচের জন্য আপনার নামে বিল করা হবে। আপনার নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত সুবিধা আছে কিনা,

আমরা আপনাকে সেটা জানতে সাহায্য করব এবং আপনার হয়ে আপনার প্লানের কাছে একটা দাবি জমাদেব। আরও বিস্তারিত তথ্যের জন্য নিচে আমাদের নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত নীতি দেখুন।

আপনি যদি এটা চান যে আমরা আপনার প্লানের কাছে একটা দাবি জমাদিই, তাহলে অনুগ্রহ করে যেকোনও সময়ে আমাদের জানান।

ঠিকানার পরিবর্তন

আমাদের ফাইলে আপনার সঠিক ঠিকানার তথ্য থাকার জরুরি। আপনার ঠিকানা,

টেলিফোন নম্বর বা যোগাযোগের অন্যান্য তথ্যের কোনও পরিবর্তন যখনই হোক না কেন, অনুগ্রহ করে আমাদের জানান।

কো-পেমেন্ট/কো-ইন্স্যুরেন্স/ডিডাক্টিবল

আশাকরাহয় যে আপনি পরিষেবা পাওয়ার সময়ে আপনার কো-পেমেন্ট ও কো-ইন্স্যুরেন্স এবং/বা ডিডাক্টিবল এর অর্থ পরিশোধ করবেন, যদি সেটা আপনার জন্য থাকে।

অন্যান্য বিল

আপনি NYU Langone Medical Center এ অ্যানেস্থেসিয়া, রেডিওলজি পরীক্ষা, প্যাথোলজির মত পরিষেবাগুলি বা অন্যান্য পরিষেবা পেতে পারেন। এই ডাক্তার রাজস্বী পরিষেবা দেন এবং তারা যদি সেই সময়ে হাজির না থাকেন এবং তাদের সাথে আপনার মুখোমুখি সাক্ষাৎ না হয়, তাহলে ও তারা আপনার পরিচর্যা মনুস্ত আছেন। এই পরিষেবাগুলির জন্য অতিরিক্ত মূল্য লাগতে পারে।

এছাড়া, আপনি NYU Langone Medical Center হাসপাতালের ইন-পেশেন্ট (অন্তর্বিভাগ) বা আউট-পেশেন্ট (বহির্বিভাগ)

সেবা পেতে পারেন। এমন হলে,

আপনি ঐ পরিষেবাগুলির জন্য একটা হাসপাতালের বিল পাবেন। হাসপাতালের বিলগুলি আমাদের ডাক্তার পরিষেবার থেকে আলাদা। আপনার কোন ও প্রস্রাবাক লে, আপনি হাসপাতালের বিলিং অফিসের সঙ্গে (800) 237-6977 এ যোগাযোগ করতে পারেন।

অর্থ প্রদান

পরিষেবা দেওয়ার সময় থেকেই অথবা আমাদের বিলিং অফিসের কাছ থেকে একটা স্টেটমেন্ট পাওয়ার সাথে সাথেই অর্থ বকেয়া হয়। আমরা নগদে, চেক, মানি অর্ডারে বা ক্রেডিট কার্ডের মাধ্যমে অর্থ গ্রহণ করি (American Express, MasterCard, Visa ও Discover)। চেক ফেরত এলে \$20.00 ফী দিতে হবে। আমরা ড্রাভেন্স চেক স্বীকার করিনা।

আমাদের ক্লায়েন্টদের কাছে আমরা আগে থেকে রেকর্ড করা বার্তা হিসাবে সৌজন্যমূলক ফোন কল [বিল পে করার কথা মনে করিয়ে দেওয়া] অথবা অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ ফোন কল পরিষেবা প্রদান করে থাকি। আপনার সেল-ফোন নম্বর আমাদের দিয়ে আপনি সেই নম্বরে এই প্রকারের ফোন কলগুলি পেতে আপনার সম্মতি জানাচ্ছেন।

নন-মেডিকাল ফী

নিচের ক্ষেত্রগুলিতে অতিরিক্ত ফী প্রযোজ্য হতে পারে:

- চেক ফেরত আসা
- মেডিকাল নথি প্রকৃষ্ট করা
- প্রতিবন্ধকতা ফর্ম বা অন্যান্য ফর্ম পূরণ করা

অ্যাপয়েন্টমেন্টে উপস্থিতি না হওয়া

সাধারণভাবে, বেশিরভাগ অফিস সাক্ষাৎ বাতিল করার জন্য NYU FGP-কে 24 ঘন্টা (1 টি কর্মদিবস)

আগে নোটিশ দেওয়ার প্রয়োজন হয়। চিকিৎসা প্রণালী ও সার্জারির জন্য 48 ঘন্টা (2 কর্মদিবস)

বাতার ও বেশিরভাগ সময় প্রয়োজন হতে পারে। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে সপ্তাহ শেষের দিনগুলিকে বাছুনির দিনগুলিকে কর্মদিবস হিসাবে বিবেচনা করা হয় না।

আপনি যদি অ্যাপয়েন্টমেন্টে উপস্থিতি না থাকেন অথবা প্রয়োজনীয় নোটিশ দিয়ে বাতিল না করেন, তাহলে অতিরিক্ত ফী প্রযোজ্য হতে পারে:

- অফিস সাক্ষাৎ: \$50
- চিকিৎসা প্রণালী/সার্জারি: বিভাগীয় নীতি অনুসারে
- দ্বিতীয় অফিস সাক্ষাৎ: \$75
- নতুন রোগীর সাক্ষাৎ: \$75

নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত প্রদানকারী

যদি ডাক্তার আপনার বীমার প্রদানকারী না থাকেন, তাহলে নিম্নলিখিতগুলি প্রযোজ্য হয়:

- ক্লিনিক সাক্ষাৎের জন্য পরিষেবার সময়ে সম্পূর্ণ অর্থ বকেয়া হয়।
- পরিষেবার দিনে প্রত্যাশিত অর্থ প্রদান আপনার মোট খরচের একটা অনুমানিক হিসাব হতে পারে।
- পরিষেবা/চিকিৎসা প্রণালী সম্পাদনের আগে আপনাকে একটা অনুমানিক রফী এর হিসাব দেওয়া হবে।
- ঐচ্ছিক সার্জারি ও চিকিৎসা প্রণালীর ক্ষেত্রে, পরিষেবার তারিখের আগেই অর্থ জমা দিতে হবে।
- আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্টের পরে, আমরা সম্পন্ন পরিষেবাগুলির জন্য আপনার প্রদানের কাছে একটা দাবি জমা দেব।
- আপনার নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত সুবিধাগুলি থাকলেও, দাবি করার সম্পূর্ণ ফী এর জন্য আপনি ইচ্ছাকৃত পদাধী থাকবেন।

- আপনার প্ল্যানের উপরে নির্ভর করে, আপনার কাছে অর্থ পাঠানো হতে পারে। আপনি যদি এই অর্থ পান, তাহলে আপনাকে অবশ্যই অবিলম্বে NYU Faculty Group Practice-কে খরচ হওয়া অর্থ পরিশোধ করতে হবে।

আওতাভুক্ত ন্যূনতম পরিশোধ গুলি

মেডিকেলার এরোগী। আপনার ডাক্তারের সুপারিশ করা কিছু পরিশোধ মেডিকেলার এর আওতা তামনাও থাকতে পারে। আপনাকে অগ্রিম জানানো হবে এবং আপনাকে পড়াওসই করার জন্য একটা অ্যাডভান্সড বেনিফিসিয়ারি নোটিশ (ABN) দেওয়া হবে। আপনি নিজেই অর্থ পরিশোধের জন্য দায়ী থাকবেন এটা জানার পরে ও আপনি পরিশোধ গুলি পেতে চাইবেন কিনা, ABN আপনাকে সেই সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করবে। আপনাকে সতর্কভাবে ABN পড়তে হবে।

মেডিকেলার ব্যতীত অন্যরোগী। আপনার প্ল্যানের আওতাভুক্ত ন্যূনতম যেকোনও পরিশোধ আপনার দায়িত্ব, এবং পরিশোধের সময়ে অর্থ বাবিল পাওয়ার পরে বিলের পুরো অর্থ অবশ্যই পরিশোধ করতে হবে।

রিফান্ড বা অর্থ ফেরত পাওয়া

বেশি অর্থ পরিশোধ করা হয়েছে, এমন চিহ্নিত হলে রিফান্ড জারি করা হয়। আপনি যদি মনে করেন যে আপনার রিফান্ড পাওনা আছে, তাহলে অনুগ্রহ করে আমাদের বিলিং অফিসের সঙ্গে (877) 648-2964 এ যোগাযোগ করুন।

অর্থ পরিশোধ করতে ব্যর্থ হওয়া

আপনি যদি আপনার বিলের অর্থ পরিশোধ না করেন, তাহলে আপনার হিসাব একটি বিহিংস্ব অর্থ সংগ্রহের এজেন্সির কাছে পাঠানো হতে পারে। যদি কোনও অর্থ সংগ্রহের এজেন্সির কাছে আপনার হিসাব পাঠানো হয়, তাহলে আপনার বকেয়ারা শিরনিষ্পত্তি করার জন্য আপনাকে সরাসরি তাদের সঙ্গে যোগাযোগ করতে হবে।

নীতি ও ফী এর পরিবর্তন

এই নীতি ও ফী-গুলির পরিবর্তন হতে পারে। যেকোনও পরিবর্তনের সম্বন্ধে আপনাকে অবহিত রাখার জন্য আমরা সবরকম চেষ্টা করব।

আমরা জানি যে চিকিৎসা সেবা খরচ সাপেক্ষ হতে পারে। আপনার অর্থ পরিশোধের সমর্থ্যের ব্যাপারে আপনার কোনও উদ্বেগ থাকলে, আপনি আপনার হিসাবের ব্যবস্থাপনার ক্ষেত্রে সহায়তার জন্য আমাদের সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারেন। এই নীতি গুলির সম্বন্ধে আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে, আরো বিশদ তথ্যের জন্য বিনা দ্বিধায় আমাদের যেকোনও একজন ম্যানেজারকে জিজ্ঞাসা করুন অথবা আপনার বিলিং স্টেটমেন্টের তালিকা দিয়ে যান্স্বরে বিলিং অফিসে ফোন করুন।



ফ্যাকাল্টি গ্রুপ প্র্যাক্টিস্
দোভাষী পরিষেবার জন্য রোগীর সম্মতিপত্র
Faculty Group Practice

PATIENT CONSENT FORM FOR INTERPRETER SERVICES

আমি জেনেছি যে *NYU* ফ্যাকাল্টি গ্রুপ প্র্যাক্টিস্ এর নীতিগুলি হল সব রোগীদের জন্য সমান প্রবেশাধিকারের ব্যবস্থা করা। এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে পেশাদার দোভাষীদের ব্যবহার করা যাতে রোগী এবং তাঁর পরিবার, যাঁরা ইংরেজি ছাড়া অন্য একটি ভাষায় স্বাস্থ্যসেবা অর্থাৎ হেলথকেয়ার এবং তাঁদের ডাক্তারের সঙ্গে সংযোগ স্থাপন করতে চান, তাঁরা কার্যকরভাবে সেই যোগাযোগ করতে পারেন। আমি জেনেছি যে আমাকে এই পরিষেবাগুলির জন্য কোনো অর্থ দিতে হবে না।

I understand the NYU Faculty Group Practice's policies to ensure equal access to all patients. This may include the use of professional interpreters so patients and families who prefer to communicate their healthcare in a language other than English and their doctor can communicate effectively. I understand that I do not have to pay for these services.

যখন চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য নিয়ে আলোচনার জন্য আমি আমার ডাক্তারের সঙ্গে সাক্ষাৎ করব, তখন একজন পেশাদার দোভাষীর উপস্থিতির বিষয়ে আমি সম্মত। আমি জেনেছি যে দোভাষী পেশাদারদের আচরণবিধি মেনে চলেন যার অর্থ হল আমার ডাক্তার অথবা তাঁর কর্মীর সঙ্গে যেসব তথ্য নিয়ে আলোচনা হবে তার সবই গোপন থাকবে।

I agree to having a professional interpreter present when I meet with my doctor to discuss medical information. I understand that the interpreter follows a professional code of ethics which means that all information discussed with my doctor or his staff is confidential

আমার পছন্দের ভাষাটি হল:

My preferred language is:

দোভাষীর নাম:

Interpreter Name:

নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন



ফ্যাকাল্টি গ্রুপ প্র্যাক্টিস্
দোভাষী পরিষেবার জন্য রোগীর সম্মতিপত্র
Faculty Group Practice

PATIENT CONSENT FORM FOR INTERPRETER SERVICES

Print Name

দোভাষী পরিষেবা দেওয়া হয়েছে:

Interpreter Provided:

টেলিফোনের মাধ্যমে

Telephonic

মুখোমুখি

Face to Face

অনুমতি প্রদান করেছেন:

Permission Given by:

রোগীর পিতা-মাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন

Print Name of Patient of Parent/Guardian

পিতা-মাতা অথবা অভিভাবকের স্বাক্ষর

Signature of Parent or Guardian

তারিখ:

Date:

সাক্ষী ছিলেন:

Witnessed by:

প্র্যাক্টিস্ এর প্রতিনিধি - নাম এবং পদবী

Practice Representative – Name & Title

NYU Langone Medical Center

গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)

আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যগুলিকে কীভাবে ব্যবহার করা ও প্রকাশ করা হতে পারে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্য দেখার সুযোগ পেতে পারেন তা এই নোটিশটি বর্ণনা করে।। অনুগ্রহ করে এটিকে যত্নসহকারে পড়ুন।

আমরা আপনার গোপনীয়তা রক্ষার প্রতি অঙ্গীকারবদ্ধ

NYU Langone Medical Center (“NYU Langone”) আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষার প্রতি অঙ্গীকারবদ্ধ। আমরা আপনার তথ্য সঞ্চিত রাখার জন্য একটি সুরক্ষিত ইলেকট্রনিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রেকর্ড ব্যবহার করি। আমরা শুধুমাত্র এই নোটিশের বর্ণনা অনুসারে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ (বিনিময়) করব। এই নোটিশটি পাওয়ার স্বীকৃতি হিসাবে আপনাকে একটি প্রাপ্তিস্বীকার ফর্মে স্বাক্ষর করতে বলা হবে।

যারা এই নোটিশটি অনুসরণ করেন

সকল কর্মচারী, চিকিৎসা কর্মী, প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ব্যক্তির, শিক্ষার্থী, স্বেচ্ছাসেবীরা, এবং নিচে তালিকাভুক্ত স্থানের NYU Langone-এর প্রতিনিধিরা এইসকল গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতি অনুসরণ করেন। NYU Langone-এর অন্তর্ভুক্ত হল:

- NYU Hospitals Center (“NYUHC”)
 - Tisch Hospital
 - Rusk Rehabilitation
 - NYU Hospital for Joint Diseases
 - NYU Lutheran Medical Center
 - NYUHC অপারেটিং সার্টিফিকেটে বর্ণিত অন্য সব স্থানগুলি
- NYU School of Medicine (our Faculty Group Practices)
- Lutheran Augustana CECR
- Lutheran Certified Home Health Agency
- Community Care Organization
- Southwest Brooklyn Dental Practice

এই নোটিশটি NYU Lutheran Family Health Centers-এর ক্ষেত্রেও প্রযোজ্য, যেটি NYU Langone-এর সাথে থাকা একটি সংগঠিত স্বাস্থ্য সেবা ব্যবস্থাপনার (Organized Health Care Arrangement) একটি অংশ।

যদি NYU Langone-এর স্বাস্থ্য সেবা পেশাজীবীরা আপনাকে অন্য কোনো স্থানে চিকিৎসা বা পরিষেবা প্রদান করেন, উদাহরণস্বরূপ Manhattan VA Medical Center বা Bellevue Hospital Center-এ, তাহলে আপনি সেখানে গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির যে নোটিশ (Notice of Privacy Practices) পান তা প্রযোজ্য হবে।

গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)

আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করা

যে সকল বিভিন্ন উপায়ে আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করতে পারি, এই বিভাগটি সে সম্পর্কে বর্ণনা দেয়। আমরা সাধারণত এইসকল উদ্দেশ্যে আপনার সাথে ফোনে যোগাযোগ করব, কিন্তু আপনি যদি আমাদের আপনার ইমেল ঠিকানা বা একটি টেক্সট মেসেজ পাঠানোর অনুমতি দিয়ে থাকেন, তাহলে আমরা সেইভাবে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারি।

আমরা প্রধানত চিকিৎসা, অর্থপ্রদান, এবং স্বাস্থ্য সেবা পরিচালনার উদ্দেশ্যে আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করি। এর অর্থ হল আমরা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করি:

- অন্যান্য সেইসকল স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের সাথে যারা আপনার চিকিৎসা করছেন অথবা এমন একটি ফার্মাসির সাথে যেটি আপনার প্রেসক্রিপশন অনুসারে ওষুধ দিচ্ছে;
- স্বাস্থ্য সেবা পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ নিতে অথবা আপনার চিকিৎসার জন্য পূর্বে-অনুমোদন পেতে আপনার বিমা পরিকল্পনার সাথে; এবং
- আমাদের ব্যবসা পরিচালনা করা, আপনার সেবার উন্নতি করা, আমাদের পেশাজীবীদের শিক্ষাদান করা, এবং প্রদানকারীর সম্পাদিত কাজের মূল্যায়ন করার জন্য।

কখনো কখনো আমরা আপনার তথ্য আমাদের ব্যবসায়িক সহযোগীদের সাথে বিনিময় করতে পারি, যেমন একটি বিলিং পরিষেবা, যেটি আমাদের ব্যবসা পরিচালনার ক্ষেত্রে আমাদের সাহায্য করে। আমাদের সকল ব্যবসায়িক সহযোগীদের অবশ্যই আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা এবং নিরাপত্তা রক্ষা করতে হবে, ঠিক যেভাবে আমরা করে থাকি।

আমরা আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্যও আপনার তথ্য ব্যবহার ও বিনিময় করতে পারি:

- স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত সুবিধা ও পরিষেবাগুলির প্রসঙ্গে।
- আপনার আসন্ন সাক্ষাৎকারগুলির প্রসঙ্গে।
- আপনি গবেষণা প্রকল্পগুলিতে অংশ নিতে চান কিনা তা জানতে।
- NYU Langone-এর জন্য অর্থসংগ্রহের প্রসঙ্গে।

অর্থসংগ্রহ সংক্রান্ত বার্তালাপগুলিতে অংশগ্রহণ না করার সিদ্ধান্ত নেওয়ার অধিকার আপনার আছে। আপনি NYU Langone উন্নয়ন দপ্তর (NYU Langone Development Office)-এর সাথে developmentoffice@nyumc.org-এ যোগাযোগ করার মাধ্যমে বা 212-404-3640 বা, নিঃশুঙ্ক, 1-800-422-4483 নম্বরে ফোন করে এটি করতে পারেন।

আপনি হয়ত অংশ নিতে পারবেন এমন গবেষণামূলক প্রকল্পগুলি সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি যদি আপনি পেতে না চান, তাহলে আপনি research-contact-optout@nyumc.org-এ বা 1-855-777-7858 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)

আমরা যদি সংবেদনশীল স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার বা বিনিময় করি তাহলে বিশেষ সুরক্ষা প্রযোজ্য হয়। এর অন্তর্ভুক্ত হল HIV-সম্পর্কিত তথ্য, মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য, অ্যালকোহল বা মাদকের অপব্যবহার জনিত চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য, বা জিনগত তথ্য। উদাহরণস্বরূপ, নিউ ইয়র্ক স্টেট আইন (New York State Law) -এর অধীনে গোপনীয় HIV-সম্পর্কিত তথ্য শুধুমাত্র সেইসকল ব্যক্তিদের সাথে বিনিময় করা যেতে পারে যাদের আইনসম্মতভাবে এটি পাওয়ার অনুমতি আছে, অথবা একটি সুনির্দিষ্ট অনুমোদন ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আপনি যাদের এটি পাওয়ার অনুমতি দিয়েছেন। যদি আপনার চিকিৎসায় এই তথ্যটি যুক্ত থাকে, তাহলে আরো ব্যাখ্যার জন্য আপনি গোপনীয়তা সংক্রান্ত কর্মকর্তার (Privacy Officer) সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

অন্যান্য উপায়ে আপনার তথ্য বিনিময় করতে আমাদের অনুমতি দেওয়াও হয়, এবং কখনো কখনো আইনের দ্বারা বাধ্য থাকি। নিচের কারণগুলির জন্য আপনার তথ্য বিনিময় করতে পারার আগে আমাদেরকে আইনের অনেকগুলি শর্ত পূরণ করতে হবে। প্রতিটির কতগুলি উদাহরণ হল:

- জন স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা: রোগ, জন্ম, বা মৃত্যু সম্পর্কে রিপোর্ট করা; সন্দেহজনক অপব্যবহার, অবহেলা, বা ঘরোয়া হিংস্রতা সম্পর্কে রিপোর্ট করা; স্বাস্থ্য বা জন নিরাপত্তার একটি গুরুতর হুমকি এড়িয়ে চলা; পণ্য প্রত্যাহার তত্ত্বাবধান করা; এবং নিরাপত্তা ও গুণমানের উদ্দেশ্যে তথ্য জানানো।
- গবেষণা: আমাদের ইনস্টিটিউশনাল রিভিউ বোর্ড [institutional review board (IRB)] থেকে স্বাস্থ্যের রেকর্ড সংক্রান্ত যে সকল প্রকল্পগুলি অনুমোদিত হয়েছে এবং আপনার গোপনীয়তার ক্ষেত্রে কম ঝুঁকিপূর্ণ সেগুলিকে বিশ্লেষণ করা; একটি গবেষণামূলক অধ্যয়নের জন্য প্রস্তুতি নেওয়া; যে সকল অধ্যয়নগুলি শুধুমাত্র মৃত ব্যক্তিদের তথ্য সম্বলিত।
- বিচারসংক্রান্ত এবং প্রশাসনমূলক বিচারকার্য: একটি আদালতের বা প্রশাসনিক আদেশের প্রতি সাড়া দেওয়া।
- কর্মীদের ক্ষতিপূরণ এবং অন্যান্য সরকারী অনুরোধ: কর্মীদের ক্ষতিপূরণের দাবির অর্থপ্রদান বা শুনানি; আইনের দ্বারা অনুমোদিত কাজকর্মের জন্য স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তদারকি সংস্থাগুলি; বিশেষ সরকারী কাজ (সামরিক, জাতীয় সুরক্ষা)।
- আইন বলবৎকরণ: একজন আইন বলবৎকারী অফিসারের সাহায্য যাতে একজন সন্দেহভাজন বা নিরুদ্দিষ্ট ব্যক্তিকে শনাক্ত বা সন্ধান করা যায়।
- আইন মান্য করা: স্বাস্থ্য ও মানব পরিষেবা বিভাগ (Department of Health and Human Services)-এর সাথে তথ্য বিনিময় করা যাতে আমরা যুক্তরাষ্ট্রীয় গোপনীয়তা সংক্রান্ত আইন মেনে চলছি কিনা তা দেখা যায়।
- বিপর্যয়কালীন ত্রাণের পরিস্থিতি: আপনার পরিবার, বন্ধু, এবং আইন দ্বারা সনদপ্রাপ্ত সংস্থাগুলিকে জানানোর উদ্দেশ্যে আপনার অবস্থান এবং সাধারণ অবস্থান বিনিময় করা যাতে আপৎকালীন অবস্থায় সহায়তা করা যায়।
- সেইসকল সংস্থাকে তথ্য বিনিময় করা যারা অঙ্গ, কোষকলা, বা চক্ষুদান বা প্রতিস্থাপন পরিচালনা করে।

গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)

- একজন শব্দপরিষ্কার, চিকিৎসাগত পরীক্ষক, বা অন্যান্য চিকিৎসা নির্দেশককে তথ্য বিনিময় করা তাদের কাজের প্রয়োজনানুসারে।
- একটি অনুমোদিত ব্যবহার বা প্রকাশের ক্ষেত্রে দৈবাৎ ঘটা: একটি অপেক্ষাস্থলে সাক্ষাৎকারের জন্য আপনার নাম ডাকা এবং অপেক্ষাস্থলে থাকা অন্যান্যরা ডাকা আপনার নামটি শুনে ফেলতে পারেন। আমরা এইসকল দৈবাৎ ব্যবহার ও প্রকাশগুলিকে সীমিত করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টা করি।

নিচের পরিস্থিতিগুলিতে, আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার বা বিনিময় করতে পারি, যদি না আপনি বাধা দেন বা আপনি যদি বিশেষভাবে আমাদের অনুমতি দেন। যদি কোনো কারণে আপনি আপনার পছন্দগুলি আমাদের বলতে না পারেন, উদাহরণস্বরূপ আপনি যদি সংজ্ঞাহীন হন, তাহলে আমরা আপনার তথ্য বিনিময় করতে পারি যদি আমরা বিশ্বাস করি যে এটি আপনার স্বার্থের পক্ষে সবচেয়ে ভাল।

- আমাদের রোগীর ডাইরেক্টরীর জন্য, আমাদের যাজকীয় পরিষেবা বিভাগ সহ, যেমন একজন যাজক বা ইহুদি পন্ডিত।
- আপনার পরিবার, বন্ধু, বা আপনার সেবা বা আপনার সেবার জন্য অর্থপ্রদানের সাথে যুক্ত অন্যান্যদের সাথে।

নিচের পরিস্থিতিগুলিতে, আপনি আমাদের অনুমতি দিলে শুধুমাত্র সেক্ষেত্রেই আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার বা বিনিময় করব।

- বিপণনের উদ্দেশ্যে
- আপনার তথ্য বিক্রয় বা একটি তৃতীয় পক্ষের কাছ থেকে অর্থপ্রাপ্তি
- সাইকোথেরাপি নোটগুলির সবচেয়ে বেশি বিনিময়
- এই নোটিশে বর্ণনা না করা অন্য কোনো কারণ

গোপনীয়তা সংক্রান্ত কর্মকর্তার (Privacy Officer) সাথে যোগাযোগ করার মাধ্যমে আপনি সেই অনুমতিটি প্রত্যাহার করে নিতে (ফিরিয়ে নিতে) পারেন, যেক্ষেত্রে আমরা ইতিমধ্যেই এটির উপর ভরসা করেছি সেটি ছাড়া।

আপনার অধিকার

আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের প্রসঙ্গে, আপনার কিছু নির্দিষ্ট অধিকার আছে। আপনি যা করতে পারেন:

- বিলিং রেকর্ডগুলি সহ আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ডের ইলেকট্রনিক বা কাগজের কপি পর্যালোচনা করতে বা পেতে পারেন। কাগজের কপির জন্য একটি যুক্তিসঙ্গত খরচ ভিত্তিক ফী যা প্রতি পৃষ্ঠা পিছু সর্বাধিক 75 সেন্ট অথবা ইলেকট্রনিক রেকর্ডগুলির ক্ষেত্রে ইলেকট্রনিক মিডিয়াম বন্ডোবস্তের জন্য একটি যুক্তিসঙ্গত খরচ আপনার জন্য ধার্য করা হবে (সঙ্গে যোগ হবে ডাক খরচ যদি আপনি চান নথিগুলি ডাক মারফত আপনার কাছে পৌঁছায়)। আপনার

গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)

অনুরোধের 3 থেকে 10 দিনের মধ্যে রেকর্ডগুলি প্রদান করা হবে। আমরা কোনো দেরী সম্পর্কে আপনাকে জানাবো। এছাড়াও <https://mychart.nyulmc.org/>-এ গিয়ে আমাদের সুরক্ষিত রোগী পোর্টাল, NYU Langone-এ MyChart ব্যবহার করে আপনি সরাসরি আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য দেখতে পারেন।

- বার্তালাপ গোপনীয় রাখার অনুরোধ জানান। আপনি একটি সুনির্দিষ্ট উপায়ে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে আমাদের বলতে পারেন, উদাহরণস্বরূপ, সেল ফোনের মাধ্যমে। আমরা সকল যুক্তিসঙ্গত অনুরোধগুলিতে "হ্যাঁ" বলব।
- আপনার চিকিৎসা, অর্থপ্রদান, এবং স্বাস্থ্য সেবা পরিচালনার জন্য আমরা যেগুলি ব্যবহার বা বিনিময় করি তা আমাদের সীমিত করতে বলুন। আমরা আপনার অনুরোধে সম্মত হতে বাধ্য নই, কিন্তু আমরা এটি পর্যালোচনা করব। যখন আপনি পরিষেবাগুলির জন্য সম্পূর্ণরূপে, নিজ খরচে অর্থপ্রদান করেন এবং আপনার বিমা পরিকল্পনার সাথে তথ্যটি বিনিময় করতে আমাদের মানা করেন, তখন আমরা সম্মত হবো যদি না একটি আইন করতে বিনিময় তথ্যটি সেই আমাদের করে। বাধ্য
- আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড যদি ভুল বা অসম্পূর্ণ হয় তাহলে আমাদের সেটি সংশোধন করতে বলুন। আমরা আপনার অনুরোধে "না" বলতে পারি, কিন্তু তার কারণ আমরা 60 দিনের মধ্যে আপনাকে লিখিতভাবে জানাবো।
- আমরা যাদের সাথে তথ্য বিনিময় করেছি তাদের নামের একটি তালিকা পান। আপনি অনুরোধ জানানোর আগের ছয় বছর ধরে আমরা কতবার আপনার তথ্য বিনিময় করেছি এবং কেন আপনি তার একটি তালিকা (হিসাব) চাইতে পারেন। সকল প্রকাশগুলি এই তালিকাটিতে অন্তর্ভুক্ত থাকবে না, যেমন যেগুলি চিকিৎসা, অর্থপ্রদান, বা স্বাস্থ্য সেবা পরিচালনার জন্য করা হয়েছিল। এই তালিকাটি প্রতি 12 মাসে একবার বিনামূল্যে পাওয়ার অধিকার আপনার আছে, কিন্তু আমরা সেই সময়টিতে অতিরিক্ত তালিকাগুলি প্রদান করার খরচ আপনার জন্য ধার্য করতে পারি।
- এই গোপনীয়তা সংক্রান্ত নোটিশটির একটি কপি পান। শুধুমাত্র আমাদের বলুন এবং আমরা আপনার পছন্দের আকারে (কাগজ বা ইলেকট্রনিক) আপনাকে একটি কপি দেবো।
- আপনার তরফে কাজ করার জন্য কাউকে বেছে নিন। এই "ব্যক্তিগত প্রতিনিধি" আপনার অধিকারগুলি প্রয়োগ করতে পারেন এবং আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য সম্পর্কে বিকল্পগুলি বেছে নিতে পারেন। সাধারণত, অপ্রাপ্তবয়স্কদের মা-বাবা ও অভিভাবকদের তাদের শিশুর জন্য এই অধিকারটি থাকবে, যদি না সেই অপ্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি নিজের পক্ষ নিয়ে কাজ করার জন্য আইন দ্বারা অনুমোদিত হন।
- আপনি যদি মনে করেন যে আপনার অধিকারগুলি লঙ্ঘিত হয়েছে তাহলে একটি অভিযোগ দায়ের করুন। আপনি NYU Langone-এর গোপনীয়তা সংক্রান্ত কর্মকর্তা (Privacy Officer) অথবা ইউনাইটেড স্টেটস স্বাস্থ্য ও মানব পরিষেবা বিভাগ (United States Department of Health and Human Services)-এর সচিবের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। অভিযোগ দায়ের

গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)

করার জন্য আমরা আপনার প্রতি প্রতিহিংসা দেখাবো না বা আপনার বিরুদ্ধে ব্যবস্থা নেবো না।

- আপনার ইলেকট্রনিক চিকিৎসাগত রেকর্ডের সম্পর্কে অতিরিক্ত গোপনীয়তা সংক্রান্ত নিরাপত্তার অনুরোধ জানান।

আমাদের দায়িত্বসমূহ

- আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করার জন্য আমরা আইনের দ্বারা বাধ্য।
- আপনার শনাক্তযোগ্য তথ্যের গোপনীয়তা বা নিরাপত্তা ক্ষুণ্ণ করে থাকতে পারে এমন কোনো লঙ্ঘন ঘটলে আমরা তা আপনাকে জানাবো।
- এই নোটিশে বর্ণিত রীতিগুলি আমাদের অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে এবং আপনাকে এটির একটি কপি দিতে হবে।
- এই নোটিশের শর্তগুলি পরিবর্তন করার অধিকার আমরা সংরক্ষিত রাখি এবং আপনার প্রসঙ্গে রাখা সকল তথ্যের ক্ষেত্রে পরিবর্তনগুলি প্রযোজ্য হবে। নতুন নোটিশটি অনুরোধক্রমে এবং আমাদের ওয়েবসাইট www.nyulangone.org-এ লভ্য হবে।

প্রশ্ন বা উদ্বেগ

আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা এই নোটিশে বর্ণিত আপনার অধিকারগুলি প্রয়োগ করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের ঠিকানায় গোপনীয়তা সংক্রান্ত কর্মকর্তার (Privacy Officer) সাথে যোগাযোগ করুন: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer, 1-877-PHI-LOSS বা 212-404-4079 নম্বরে ফোন মাধ্যমে, বা compliance.help@nyumc.org-এ ইমেল করার মাধ্যমে।

আপনার অধিকারগুলি প্রয়োগ করার অধিকাংশ অনুরোধ অবশ্যই গোপনীয়তা সংক্রান্ত কর্মকর্তাকে (Privacy Officer) অথবা যথাযথ ডাক্তারের অফিসে বা হাসপাতালের বিভাগে লিখিতভাবে জানাতে হবে। আরো তথ্যের জন্য অথবা একটি অনুরোধের ফর্ম পেতে গোপনীয়তা সংক্রান্ত কর্মকর্তার (Privacy Officer) সাথে যোগাযোগ করুন অথবা <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy> দেখুন।

এই নোটিশটি 01/01/2016 তারিখ থেকে কার্যকরী।

NYU Langone Medical Center

গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)

গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)-এর প্রাপ্তিস্বীকার ফর্ম

এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি স্বীকার করছি যে আমি NYU Langone Medical Center-এর গোপনীয়তা সংক্রান্ত রীতির নোটিশ (Notice of Privacy Practices)-এর একটি কপি পেয়েছি।

রোগীর নাম: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নাম (যদি প্রযোজ্য হয়): _____

ব্যক্তিগত প্রতিনিধির কর্তৃত্ব (যথা, মা-বাবা, অভিভাবক, স্বাস্থ্য সেবা প্রতিনিধি):

01/01/2016 তারিখ থেকে কার্যকরী।



ফ্যাকাল্টি গ্রুপ প্র্যাক্টিস্ [FACULTY GROUP PRACTICE]

ল্যাবরেটরি বিলিং সংক্রান্ত তথ্য

আপনার চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য NYU Langone Medical Center ফ্যাকাল্টি গ্রুপ প্র্যাক্টিস্ [Faculty Group Practice]-কে বেছে নেওয়ার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। NYU-এর দেওয়া যে কোনো ল্যাবরেটরি পরিষেবা বা নমুনাকে প্রক্রিয়া করার জন্য NYU Langone Medical Center-এর আউটপেশেন্ট ল্যাবরেটরিতে পাঠানো হয়। আউটপেশেন্ট ল্যাবরেটরি হল একটি হাসপাতালের পরিষেবা যার জন্য আপনার চিকিৎসকের ভিজিটের থেকে আলাদাভাবে বিল করা হয়। NYU Langone Medical Center ল্যাবরেটরি বেশির ভাগ বিমা প্রকল্পের সঙ্গে অংশগ্রহণ করে; তবে কিছু প্রকল্পে ল্যাবরেটরি সুবিধার সুনির্দিষ্ট পছন্দ থাকে। আপনার সুবিধাগুলি বোঝার জন্য আপনার ল্যাবরেটরি পরিকল্পনাটি পর্যালোচনা করা উচিত, যেহেতু প্রদত্ত পরিষেবাগুলি হাসপাতালের কোইন্সিওরেন্স ও ডিডাক্টিবল্-এর অধীনস্থ হতে পারে। আপনার বিমা প্রকল্পের সুবিধাগুলি বোঝা এবং প্রত্যেক ভিজিটে আমাদের কর্মী বা চিকিৎসকদের আপনার পছন্দের ল্যাবরেটরির সম্বন্ধে জানানো আপনার দায়িত্ব। আপনার অনুরোধের ভিত্তিতে আমরা আপনার নমুনাগুলিকে আপনার পছন্দের ল্যাবরেটরিতে পাঠাব।

আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, আমাদের প্র্যাক্টিসের কর্মীরা হয় আপনার প্রশ্নের উত্তর দেবেন অথবা আপনাকে আপনার বিমাকারী কোম্পানির কাছে পাঠাবেন।

NYU Faculty Group Practice
অংশগ্রহণকারী নয় এমন আর্থিক চুক্তি
NON-PARTICIPATING FINANCIAL AGREEMENT]

NYU School of Medicine আমাকে জানিয়েছে যে আমার চিকিৎসক আমার বীমার প্ল্যানে অংশ নেন না, এবং এই কারণে প্রদত্ত পরিষেবাগুলির সম্পূর্ণ মূল্যপ্রদানের জন্য আমি আর্থিকরূপে দায়ী থাকব। মোট কথা হল, আমি নিচের বিষয়গুলির প্রতি সম্মতি দিচ্ছি:

[I have been advised by NYU School of Medicine that my physician does not participate with my insurance plan and therefore, I will be financially responsible for full payment of services rendered. As such, I agree to the following:]

অফিস পরিষেবাসমূহ (ডাক্তারের সাথে সাক্ষাৎ) [Office Services (Doctor Visits)]

- রুটিন অফিস এর সাক্ষাৎগুলির জন্য পরিষেবা প্রদানের সময়েই সম্পূর্ণ অর্থপ্রদানের আশা করা হয়।
[Payment for routine office visits is expected in full at the time services are rendered.]
- সূচি প্রস্তুত করার সময়ে আমাকে অর্থপ্রদানের আনুমানিক হিসাবের সম্বন্ধে জানানো হবে।
[I will be informed of the estimated payment at the time of scheduling.]
- আমার তরফে আমার বীমার বাহককে একটি সৌজন্যমূলক দাবি পাঠানো হবে।
[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.]
- কোন কোন ক্ষেত্রে পরিষেবার সময়ে মোট খরচের প্রকৃত পরিমাণ জানা নাও থাকতে পারে। প্রকৃত খরচগুলি যদি পরিষেবার সময়ে পরিশোধ করা মূল্যের চেয়ে বেশি হয়, তাহলে যে কোনও অবশিষ্ট রাশির জন্য আমাকে বিল দেওয়া হবে এবং তার জন্য আমি দায়ী থাকব। প্রকৃত খরচগুলি যদি আমার পরিশোধ করা অর্থের চেয়ে কম হয়, তাহলে আমি অর্থ ফেরত পাব অথবা আমি এই অতিরিক্ত পরিশোধ করা অর্থকে রোগীর দায়িত্বাধীন অন্য কোনও বকেয়া রাশি পরিশোধের জন্য প্রয়োগ করতে পারব।
[In some cases the actual amount of total charges may not be known at the time of service. Should the actual charges be more than the payment made at time of service, I will be billed for and responsible for any remaining balances. Should the actual amount be less than I paid, I will receive a refund or elect to have the overpayment applied to other patient responsible balances.]
- যদি আমার নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত সুবিধাগুলি থাকে, তাহলে আমার বীমার বাহক ডিডাক্টিবল বাদ দিয়ে এবং আমার প্ল্যানের নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত ব্যবস্থাগুলি অনুসারে অর্থ পরিশোধ করবে, এবং বীমা কোম্পানি যে অর্থই প্রদান করুক না কেন আমি আমার বিলের অবশিষ্ট রাশি পরিশোধের জন্য দায়ী থাকব।
[If I have out-of-network benefits, my insurance carrier will make payment, less deductible and according to the out-of-network provisions of my plan, and I will be responsible for the balance of my bill no matter what the insurance company pays.]

ডাক্তারের সাথে সাক্ষাতের অংশ নয় এমন পরীক্ষার পরিষেবাগুলি (EKG, Echo, ইত্যাদি)

[Testing Services Not Part of the Doctor Visit (EKG, Echo, etc.)]

- আমার তরফে আমার বীমার বাহককে একটি সৌজন্যমূলক দাবি পাঠানো হবে।
[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.]
- আমার বীমার পরিশোধ না করা যে কোনও অবশিষ্ট রাশির জন্য আমাকে বিল করা হবে এবং তার জন্য আমি দায়ী থাকব।
[I will be billed for and responsible for any balances not paid by my insurance.]

ঐচ্ছিক শল্যচিকিৎসা (অপারেশন, বহির্বিভাগ এবং অফিস-ভিত্তিক)

[Elective Surgeries (Inpatient, Outpatient and Office-Based)]

- সূচি প্রস্তুত করার সময়ে আমাকে আনুমানিক হিসাবের ব্যাপারে জানানো হবে এবং পরিষেবা প্রদানের আগে আমাকে একটি আর্থিক চুক্তিতে সই করতে বলা হবে।
[I will be informed of the estimated amount at the time of scheduling and asked to sign a financial agreement prior to provision of the service.]
- পরিষেবা প্রদানের পূর্বে আনুমানিক খরচের হিসাবের কমপক্ষে 20% অর্থ অগ্রিম সংগ্রহ করা হবে।
[A minimum pre-payment of 20% of the estimated charges will be collected prior to the service being rendered.]
- আমার তরফে আমার বীমার বাহককে একটি সৌজন্যমূলক দাবি পাঠানো হবে, যদি অনুরোধ করা হয়।
[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf, if requested.]



- পরিষেবার পূর্বে উদ্ধৃত রাশিটি একটি আনুমানিক হিসাব এবং এর সাথে প্রকৃত খরচের পার্থক্য হতে পারে; যে কোনও অবশিষ্ট রাশির জন্য আমাকে বিল দেওয়া হবে এবং তার জন্য আমি দায়ী থাকব।

[The amount quoted prior to the service is an estimate and actual charges may vary; I will be billed for and responsible for any remaining balances.]

আমি বুঝি যে NYU এর থেকে স্টেটমেন্ট পাওয়ার সাথে সাথেই সব অবশিষ্ট রাশি বকেয়া হয়। আমি এটাও বুঝি এবং সম্মত হই যে আমার বীমা কোম্পানি যদি সরাসরি আমাকে অর্থপ্রদান করে, তাহলে আমি অবিলম্বে সেই অর্থ NYU এর কাছে পাঠিয়ে দেব।

[I understand that all balances are due upon receipt of statement from NYU. I also understand and agree that if my insurance company makes payment to me directly I will forward that payment to NYU immediately.]

রোগীর নাম লিখুন

[Print Patient Name]

ডাক্তারের নাম লিখুন

[Print Physician Name]

রোগীর স্বাক্ষর

[Patient Signature]

বীমার প্ল্যান

[Insurance Plan]

তারিখ

[Date]

NYULMC HIE, Care Everywhere এবং Healthix

তথ্য পত্র

NYULMC HIE, Care Everywhere ও Healthix-এ রোগীর তথ্য সম্পর্কিত বিবরণ এবং সম্মতি প্রক্রিয়া:

1. **আপনার তথ্য কীভাবে ব্যবহার করা হবে।** HIE অংশগ্রহণকারী এবং Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীরা শুধুমাত্র নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য ব্যবহার করবেন:

- আপনাকে মেডিক্যাল চিকিৎসা ও সংশ্লিষ্ট পরিষেবাগুলি দেওয়া।
- আপনার স্বাস্থ্য বিমা আছে কিনা এবং তার আওতায় কী কী আছে, তা যাচাই করা।
- সমস্ত রোগীকে দেওয়া চিকিৎসা পরিচর্যার গুণমানের মূল্যায়ন ও উন্নতিসাধন।

যদি না স্টেট ও ফেডারেল আইন অনুযায়ী অন্যভাবে অনুমোদিত হয় এবং যদি Healthix দ্বারা অনুমোদিত হয়, তাহলে NYULMC স্বাস্থ্য পরিচর্যার বিমা পরিকল্পনাগুলি কেবলমাত্র নিচের উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য প্রকাশ করবে, দেখবে এবং ব্যবহার করবে:

- পরিচর্যা ব্যবস্থাপনার কার্যকলাপগুলি প্রদান করা। এর অন্তর্ভুক্ত হল আপনাকে যথোপযুক্ত চিকিৎসা পরিচর্যা পেতে সাহায্য করা, আপনাকে দেওয়া স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবাগুলির গুণগত মানের উন্নতিসাধন করা, আপনাকে দেওয়া বহুবিধ স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবাগুলি প্রদানের সমন্বয়সাধন করা, অথবা আপনাকে চিকিৎসা পরিচর্যার একটি পরিকল্পনা অনুসরণ করতে সহায়তা করা।
- গুণগত মান উন্নয়নের কার্যকলাপগুলি প্রদান করা। এর অন্তর্ভুক্ত হল আপনাকে এবং NYULMC-এর সমস্ত রোগী ও সদস্যদের দেওয়া চিকিৎসা পরিচর্যার গুণগত মানের মূল্যায়ন ও উন্নতিসাধন করা।

দ্রষ্টব্য: এই সম্মতি ফর্মে আপনি যে বিকল্পটি নির্বাচন করেন সেটি স্বাস্থ্য বিমাকারীদের সেই সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আপনার তথ্য দেখার অনুমতি দেয় না যে আপনাকে স্বাস্থ্য বিমা দেওয়া হবে কিনা কিংবা আপনার বিল পরিশোধ করা হবে কিনা। আপনি একটি পৃথক সম্মতি ফর্মে সেই বিকল্পটি বেছে নিতে পারেন, যেটা স্বাস্থ্য বিমাকারীদের অবশ্যই ব্যবহার করতে হবে।

2. **আপনার সম্বন্ধে কোন ধরনের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।** আপনি যদি সম্মতি দেন, তাহলে HIE অংশগ্রহণকারী এবং Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারী, NYULMC HIE-এর মাধ্যমে উপলব্ধ আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সমস্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য দেখতে পারেন এবং NYU Hospitals Center-এর সমস্ত কর্মচারী, এজেন্ট ও চিকিৎসাকর্মীর সদস্যরা Healthix-এর মাধ্যমে উপলব্ধ আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সমস্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য দেখতে পারেন। এই সম্মতি ফর্মটির তারিখের আগে ও পরে সৃষ্ট তথ্য এর অন্তর্ভুক্ত। আপনার স্বাস্থ্যের রেকর্ডে আপনার অসুস্থতার ইতিহাস বা আপনার হওয়া আঘাতগুলি (যেমন ডায়াবিটিস বা হাড় ভাঙ্গা), পরীক্ষার ফলাফল (যেমন এক্স-রে বা রক্ত পরীক্ষাগুলি), এবং আপনার নেওয়া ওষুধগুলির তালিকা অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এই তথ্য সংবেদনশীল স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রোগাবস্থার সাথে সম্পর্কিত হতে পারে, নিম্নলিখিতগুলি এর অন্তর্ভুক্ত কিন্তু তালিকাটি এতেই সীমিত নয়:

• মদ্যপান বা মাদক ব্যবহার জনিত সমস্যা	• মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত রোগাবস্থা
• জন্ম নিয়ন্ত্রণ এবং গর্ভপাত (পরিবার পরিকল্পনা)	• HIV/AIDS
• জিনঘটিত (বংশগত) রোগ বা পরীক্ষাগুলি	• যৌনরূপে বাহিত রোগ

3. **আপনার সম্পর্কিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য কোথা থেকে আসে।** যে সব জায়গাগুলি আপনাকে চিকিৎসা পরিচর্যা বা স্বাস্থ্য বিমা প্রদান করেছে, সেখান থেকে ("তথ্যের উৎস") আপনার সম্বন্ধে তথ্য পাওয়া যায়। হাসপাতাল, চিকিৎসক, ফার্মাসি, ক্লিনিকাল ল্যাবরেটরি, স্বাস্থ্য বিমাকারী, মেডিকেইড কর্মসূচি, এবং অন্যান্য যে সব ই-হেলথ সংস্থাগুলি ইলেক্ট্রনিক মাধ্যমে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বিনিময় করে সেগুলি এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। বর্তমান HIE তথ্য উৎসসমূহের একটি সম্পূর্ণ তালিকা NYU Hospitals Center অথবা আপনার HIE অংশগ্রহণকারী স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছ থেকে পাওয়া যায়, প্রযোজ্য অনুসারে। আপনি যে কোনো সময়ে NYULMC HIE ওয়েবসাইট <http://health-connect.med.nyu.edu/> দেখে তথ্যের উৎসগুলির একটি সর্বশেষ তালিকা পেতে পারেন। আপনি NYULMC HIE প্রাইভেসি অফিসার [Privacy Officer]-এর সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারেন এই ঠিকানায়: NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 অথবা ফোন করতে পারেন 212-404-4079 নম্বরে। বর্তমান Healthix তথ্য উৎসসমূহ -এর একটি সম্পূর্ণ তালিকা Healthix-এ উপলব্ধ আছে এবং যে কোনো সময়ে Healthix-এর ওয়েবসাইট <http://www.healthix.org> দেখে অথবা Healthix-এ 877-695-4749 নম্বরে ফোন করে এটা পাওয়া যেতে পারে।

4. **যদি আপনি সম্মতি দেন, তাহলে কারা আপনার সম্পর্কিত তথ্য দেখতে পারেন।** শুধুমাত্র এই ব্যক্তিরা আপনার সম্পর্কিত তথ্য দেখতে পারেন: ডাক্তার এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীরা, যারা একটি অনুমোদিত HIE অংশগ্রহণকারীর চিকিৎসাকর্মীদের দলে সেবারত, অথবা Care

Everywhere পরিষেবা প্রদানকারী, যারা আপনার চিকিৎসা পরিচর্যা যুক্ত আছেন; সেইসকল স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী যারা একটি অনুমোদিত HIE অংশগ্রহণকারী বা Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীদের ডাক্তারদের সহায়তা করছেন অথবা কলে আছেন; গুণমান উন্নয়ন বা পরিচর্যা ব্যবস্থাপনার কার্যকলাপে যুক্ত কর্মভারপ্রাপ্ত কর্মীরা; এবং একটি অনুমোদিত HIE অংশগ্রহণকারী বা Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীর কর্মী সদস্যরা, যারা উপরের প্রথম অনুচ্ছেদের বর্ণনা অনুযায়ী এই সম্মতি ফর্মের দ্বারা অনুমোদিত কার্যকলাপগুলি সম্পাদন করেন।

5. **আপনার তথ্য অনুচিতভাবে দেখা বা ব্যবহার করার জন্য শাস্তি।** আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য অনুচিত ভাবে দেখা বা ব্যবহার করার জন্য শাস্তির বিধান আছে। আপনি যদি কখনও এমন সন্দেহ করেন যে যাদের আপনার সম্পর্কিত তথ্য দেখা কিংবা পাওয়া উচিত ছিল না তেমন কেউ সেটা করেছে, তাহলে আপনি যে সব HIE অংশগ্রহণকারী বা Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীদের আপনার রেকর্ড দেখার অনুমতি দিয়েছেন তাদের মধ্যে যে কোনো একজনকে ফোন করুন; NYULMC HIE ওয়েবসাইট: <http://health-connect.med.nyu.edu/> দেখুন অথবা NYS Department of Health-কে 877-690-2211 নম্বরে ফোন করুন। আপনি যদি কখনও সন্দেহ করেন যে, যাদের আপনার সম্পর্কিত তথ্য দেখা কিংবা পাওয়া উচিত ছিল না, তেমন কেউ Healthix-এর মাধ্যমে সেটা করেছে, তাহলে Healthix-এ এই নম্বরে ফোন করুন: 877-695-4749; অথবা Healthix-এর ওয়েবসাইট: <http://www.healthix.org> দেখুন; অথবা NYS Department of Health-কে 877-690-2211 নম্বরে ফোন করুন।
6. **তথ্যের পুনঃপ্রকাশ।** একজন HIE অংশগ্রহণকারী বা Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীরা কেবলমাত্র স্টেট ও ফেডারেল আইন ও নিয়মাবলীর দ্বারা অনুমোদিত মাত্রা পর্যন্ত অন্যদের কাছে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য পুনঃপ্রকাশ করতে পারে। আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত কোনো তথ্য যা কাগজে লিখিতরূপে আছে, তার ক্ষেত্রেও এটা সত্য। উপরে #2-এ যা বলা হয়েছে সেইমতো, আপনি যদি সম্মতি দেন, তাহলে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সংবেদনশীল তথ্য সহ আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সমস্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য NYULMC HIE ও Healthix-এর মাধ্যমে পাওয়া যাবে। কিছু স্টেট ও ফেডারেল আইন, স্বাস্থ্য সংক্রান্ত কিছু প্রকারের সংবেদনশীল তথ্যের জন্য বিশেষ সুরক্ষা প্রদান করে, নিচের বিষয়গুলির সাথে সম্পর্কযুক্ত তথ্য যার অন্তর্ভুক্ত: (i) কতগুলি পরিষেবা প্রদানকারীর দ্বারা আপনার স্বাস্থ্যের কোনো অবস্থার মূল্যায়ন, চিকিৎসা বা পরীক্ষা; (ii) HIV/AIDS; (iii) মানসিক অসুস্থতা; (iv) মানসিক প্রতিবন্ধকতা এবং বিকাশ জনিত অক্ষমতা; (v) মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার; এবং (vi) ঝুঁকি সম্বন্ধে অগ্রিম ধারণা পাওয়ার জন্য জিনগতি পরীক্ষা। লোকেরা যখনই এই ধরনের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সংবেদনশীল তথ্য পান, তখনই তাদের বিশেষ বাধ্যবাধকতাগুলি অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে। NYULMC HIE, Healthix এবং Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীরা সহ অন্যান্য ব্যক্তিরা, যারা এইসকল স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বিনিময়ের মাধ্যমে এই তথ্য দেখতে পান, তাদেরকে অবশ্যই এই বাধ্যবাধকতাগুলি অনুসরণ করতে হবে।
7. **কার্যকর সময়কাল।** এই সম্মতিপত্র ততদিন পর্যন্ত কার্যকর থাকবে যতদিন না আপনি আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করে নেন অথবা যতদিন না NYULMC HIE কাজ করা বন্ধ করে দেয়, অথবা আপনার মৃত্যুর 50 বছর পর পর্যন্ত, যেটি পরে ঘটবে।
8. **আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করা।** আপনি যে কোনো সময়ে আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারেন একটি নতুন সম্মতি ফর্ম স্বাক্ষর করে এবং **আমি সম্মতি দিতে অস্বীকার করছি** নির্বাচন করে। আপনি NYULMC HIE-এর ওয়েবসাইট <http://health-connect.med.nyu.edu/>-এ এই ফর্মগুলি পেতে পারেন। সম্পূর্ণ করা হয়ে গেলে, অনুগ্রহ করে 917-829-2096 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা আপনার পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে জমা দিন।
দ্রষ্টব্য: Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীরা সহ যে সব সংস্থাগুলি আপনার সম্মতি কার্যকর থাকার সময়কালে NYULMC HIE এবং/অথবা Healthix-এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য দেখে, তারা তাদের নিজস্ব চিকিৎসাগত রেকর্ডে আপনার তথ্য কপি করতে বা অন্তর্ভুক্ত করতে পারে। এমনকি আপনি যদি পরে আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলেও তারা এটা ফেরত দিতে কিংবা তাদের রেকর্ড থেকে সরিয়ে দিতে বাধ্য নন।
9. **একটি বক্সে টিক দিতে (একটি বিকল্প নির্বাচন করতে) অস্বীকার করা।** আপনি যদি না "আমি সম্মতি দিতে অস্বীকার করছি" বক্সে টিক দেন, তাহলে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন সেই সব ব্যক্তিদেরকে NYULMC HIE-এর মাধ্যমে উপলব্ধ রেকর্ডগুলি সহ আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ডগুলি দেখার অনুমতি দেয়, যারা একটি জরুরি অবস্থায় আপনার চিকিৎসা করছেন। আপনি যদি কোনো বিকল্প নির্বাচন না করেন, তাহলে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইনের অনুমতি অনুযায়ী কোনো জরুরি অবস্থা ছাড়া রেকর্ডগুলি কারো সঙ্গে আদানপ্রদান করা হবে না।
10. **ফর্মের কপি।** আপনি এই সম্মতি ফর্ম স্বাক্ষর করার পরে এর একটি কপি পাওয়ার যোগ্য হন।
11. **সম্মতি দিতে অস্বীকার করার ঝুঁকি।** আপনি যদি HIE অংশগ্রহণকারী বা Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীদের NYULMC HIE ও Healthix-এর মাধ্যমে আপনার তথ্য দেখার জন্য সম্মতি দিতে অস্বীকার করেন, তাহলে আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীরা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সেই সমস্ত অতি গুরুত্বপূর্ণ তথ্য, যেগুলি পূর্বের কোনো সাক্ষাতে সংগ্রহ করা হয়েছিল, সেগুলি যথাসময়ে দেখতে সমর্থ নাও হতে পারেন।

**স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বিনিময় (HEALTH INFORMATION EXCHANGE),
CARE EVERYWHERE এবং HEALTHIX
সম্মতি ফর্ম**

এই সম্মতি ফর্ম, আপনি বেছে নিতে পারেন যে NYU ল্যাঙ্গোনি মেডিক্যাল সেন্টার হেলথ ইনফরমেশন এক্সচেঞ্জ [NYU Langone Medical Center Health Information Exchange ("NYULMC HIE")]-এর ওয়েবসাইট <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("HIE অংশগ্রহণকারী")-এ তালিকাভুক্ত সেইসকল স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী এবং NYU-বহির্ভূত স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের আপনি NYULMC HIE দ্বারা চালিত একটি কম্পিউটার নেটওয়ার্কের মাধ্যমে আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ডগুলি দেখার অনুমতি দেবেন কিনা যারা ("Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীরা") বর্তমান চিকিৎসার উদ্দেশ্যে আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড দেখার অনুরোধ করতে পারেন। একজন Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারী যাতে জানতে পারেন যে NYULMC HIE-এর মাধ্যমে তথ্য উপলব্ধ হতে পারে, সেই জন্য আপনাকে অবশ্যই তাদেরকে জানাতে হবে যে আপনি একজন HIE অংশগ্রহণকারী রোগী ছিলেন/আছেন এবং এই ধরনের তথ্য অনুরোধক্রমে পাওয়া যেতে পারে। আপনি যে সমস্ত বিভিন্ন স্থানে স্বাস্থ্য পরিচর্যা পান, সেখানে আপনার যে সব চিকিৎসাগত রেকর্ড আছে, সেগুলি সংগ্রহ করতে, এবং আপনাকে চিকিৎসাকারী পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছে সেগুলিকে ইলেক্ট্রনিক পদ্ধতিতে উপলব্ধ করাতে, এটা আপনাকে সাহায্য করতে পারে।

স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বিনিময় (Health Information Exchange), Healthix বা নিউ ইয়র্ক স্টেট দ্বারা স্বীকৃত একটি লাভের-জন্য-নয় সংস্থা, আঞ্চলিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য সংস্থা [Regional Health Information Organization, RHIO]-এর মাধ্যমে NYU Hospitals Center-এর কর্মচারী, এজেন্ট বা চিকিৎসাকর্মীর সদস্যদের আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেক্ট্রনিক রেকর্ডগুলি দেখতে এবং পেতে অনুমতি দেবেন কিনা, সেই সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্যও আপনি এই সম্মতি ফর্মটি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি যে সমস্ত বিভিন্ন স্থানে স্বাস্থ্য পরিচর্যা পান, সেখানে আপনার যে সব চিকিৎসাগত রেকর্ড আছে, সেগুলি সংগ্রহ করতে, এবং আপনাকে চিকিৎসাকারী পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছে সেগুলিকে ইলেক্ট্রনিক পদ্ধতিতে উপলব্ধ করাতে, এটা আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এছাড়াও তথ্য প্রকাশের অনুমোদনপ্রাপ্ত আপনার অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের কাছ থেকে NYU Langone Medical Center-এর সেই কর্মসূচিটিকে আপনার রেকর্ডগুলি প্রাপ্তির জন্য এই সম্মতিটি আপনার অনুমতি প্রদান করে যেটির আপনি একজন রোগী বা সদস্য। বর্তমান Healthix তথ্য উৎসসমূহ -এর একটি সম্পূর্ণ তালিকা Healthix-এ উপলব্ধ আছে এবং যে কোনো সময়ে Healthix-এর ওয়েবসাইট <http://www.healthix.org> দেখে অথবা Healthix-এ 877-695-4749 নম্বরে ফোন করে এটা পাওয়া যেতে পারে। অনুরোধ করা হলে, আপনার পরিষেবা প্রদানকারী Healthix-এর ওয়েবসাইট থেকে আপনার জন্য এই তালিকাটি প্রিন্ট করবেন।

এটা আপনার চিকিৎসাগত পরিচর্যা বা স্বাস্থ্য বিমার কভারেজ পাওয়ার আপনার সামর্থ্যকে প্রভাবিত করবে না। আপনার সম্মতি দেওয়া বা দিতে অস্বীকার করার পছন্দের ভিত্তিতে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রত্যাখ্যান করা যাবে না।

NYULMC HIE ও Healthix, স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবাগুলির গুণগত মান উন্নয়নের জন্য ইলেক্ট্রনিক পদ্ধতিতে এবং সুরক্ষিতভাবে মানুষের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য আদান-প্রদান করে। এই ধরনের আদানপ্রদানকে ই-হেলথ বা স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রযুক্তি (স্বাস্থ্য IT) বলা হয়। নিউ ইয়র্ক স্টেটের ই-হেলথ সন্থকে আরো জানতে, "বেটার ইনফরমেশন মিন্স বেটার কেয়ার (Better Information Means Better Care)" নামের পুস্তিকাটি পড়ুন। আপনি আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে এটা চাইতে পারেন, অথবা www.ehealth4ny.org ওয়েবসাইটে যেতে পারেন।

অনুগ্রহ করে সিদ্ধান্ত নেওয়ার আগে তথ্য পত্রের তথ্যাবলী যত্ন সহকারে পড়ুন।

আপনার সম্মতির বিকল্পসমূহ। আপনি এই ফর্মটি এখন অথবা ভবিষ্যতে পূরণ করতে পারেন। আপনার নিম্নলিখিত বিকল্পগুলি আছে:

অনুগ্রহ করে নিচে একটি বক্সে ☒ টিক দিন:

- ☐
1. আমি NYULMC HIE ওয়েবসাইটে তালিকাভুক্ত সমস্ত HIE অংশগ্রহণকারী এবং Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীদের NYULMC HIE-এর মাধ্যমে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সমস্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য পাওয়ার অনুমতি দিচ্ছি, এবং তথ্য পত্রে বর্ণিত যে কোনো অনুমোদিত উদ্দেশ্যের সাথে সংশ্লিষ্ট কারণে NYU Hospitals Center-এর কর্মচারী, এজেন্ট বা চিকিৎসাকর্মীর সদস্যদের HEALTHIX-এর মাধ্যমে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সমস্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য পাওয়ার অনুমতি দিচ্ছি, আমাকে জরুরি পরিচর্যা সহ যে কোনো স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবাগুলি প্রদান করা এর অন্তর্ভুক্ত।
- ☐
2. আমি NYULMC HIE ওয়েবসাইটে তালিকাভুক্ত সমস্ত HIE অংশগ্রহণকারী এবং Care Everywhere পরিষেবা প্রদানকারীদের NYULMC HIE বা HEALTHIX-এর মাধ্যমে যে কোনো উদ্দেশ্যে, এমনকি চিকিৎসাগত জরুরি অবস্থাতেও, আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ইলেক্ট্রনিক তথ্য পাওয়ার অনুমতি দিতে অস্বীকার করছি।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি না "আমি সম্মতি দিতে অস্বীকার করছি" বক্সে টিক দেন, তাহলে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন সেই সব ব্যক্তিদেরকে NYULMC HIE-এর মাধ্যমে উপলব্ধ রেকর্ডগুলি সহ আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ডগুলি দেখার অনুমতি দেয়, যারা একটি জরুরি অবস্থায়

আপনার চিকিৎসা করছেন। আপনি যদি কোনো বিকল্প নির্বাচন না করেন, তাহলে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইনের অনুমতি অনুযায়ী কোনো জরুরি অবস্থা ছাড়া রেকর্ডগুলি কারো সঙ্গে আদানপ্রদান করা হবে না।

ছাপার হরফে রোগীর নাম লিখুন

রোগীর জন্ম তারিখ

রোগী বা রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

ছাপার হরফে আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম লিখুন (যদি প্রযোজ্য হয়)

আইনসম্মত প্রতিনিধির সাথে
রোগীর সম্পর্ক (যদি প্রযোজ্য হয়)

HIV পরীক্ষার প্রস্তাব

নিউ ইয়র্ক স্টেট জনস্বাস্থ্য আইন (Public Health Law) 13 থেকে 64 বছর বয়সের মানুষদের; এবং ঝুঁকিপূর্ণ কার্যকলাপের কোনো প্রমাণ বা ইঙ্গিত থাকলে এর চেয়ে কম বা বেশি বয়সের মানুষদেরও, HIV সম্পর্কিত পরীক্ষার প্রস্তাব দেওয়াকে বাধ্যতামূলক করে দিয়েছে। আইনটি স্বাস্থ্য পরিচর্যার স্থানগুলিতে প্রযোজ্য হয়: একটি সাধারণ হাসপাতালের ইনপেশেন্ট ইউনিট, একটি সাধারণ হাসপাতালের এমার্জেন্সি বিভাগ, একটি হাসপাতালের আউটপেশেন্ট বিভাগের প্রাথমিক পরিচর্যা পরিষেবাগুলি এবং একটি রোগনির্ণায়ক ও চিকিৎসা কেন্দ্র, এবং বেসরকারী চিকিৎসকের অফিস যা প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদান করে। বাধ্যতামূলক প্রস্তাবের ব্যতিক্রমগুলি হল: ব্যক্তিটিকে কোনো জীবনহানির আশঙ্কামূলক জরুরি অবস্থার জন্য চিকিৎসা করা হচ্ছে, ব্যক্তিটিকে পূর্বে HIV এর সাথে সম্পর্কিত কোনো পরীক্ষার প্রস্তাব দেওয়া বা সেটা করা হয়েছিল, এবং ব্যক্তিটির যখন সম্মতি প্রদানের সামর্থ্যের অভাব থাকে (এবং সম্মতি প্রদানের জন্য অন্য কোনো উপযুক্ত ব্যক্তি উপলব্ধ থাকেন না)।

সম্মতি দেওয়া বা পরীক্ষা করার আগে, পরীক্ষার আদেশকারী একজন ব্যক্তি নিম্নলিখিতগুলি প্রদান করবেন:

- HIV হল একটি ভাইরাস যা AIDS ঘটায় এবং যৌন ক্রিয়াকলাপ, একই সূচ ভাগাভাগি করে ব্যবহার করা, HIV-সংক্রামিত গর্ভবতী মায়ের থেকে গর্ভাবস্থায় বা প্রসবের সময়ে বা স্তন্যপান করানোর সময়ে তাদের শিশুদের মধ্যে এটি সংক্রামিত হতে পারে।
- HIV/AIDS এর জন্য কিছু চিকিৎসা আছে, যেগুলি একজন মানুষকে সুস্থ থাকতে সাহায্য করতে পারে।
- HIV/AIDS এ আক্রান্ত মানুষরা সংক্রমণহীন মানুষদের HIV-তে আক্রান্ত হওয়ার থেকে এবং সংক্রামিত মানুষদের HIV-এর অতিরিক্ত প্রজাতিতে আক্রান্ত হওয়ার থেকে রক্ষা করার জন্য নিরাপদ অভ্যাস অবলম্বন করতে পারেন।
- পরীক্ষাটি স্বেচ্ছাধীন এবং কোনো সরকারী পরীক্ষা কেন্দ্রে পরিচয় গোপন রেখে করা যায়।
- আইন HIV পরীক্ষার ফলাফল এবং অন্যান্য সংশ্লিষ্ট তথ্যের গোপনীয়তাকে সুরক্ষিত রাখে।
- আইন কোনো মানুষের HIV-এর অবস্থার ভিত্তিতে বৈষম্যকে নিষিদ্ধ ঘোষণা করে এবং এই ধরনের পরিণতির ক্ষেত্রে সাহায্য করার জন্য নানান পরিষেবা উপলব্ধ আছে।
- HIV-র সাথে সম্পর্কিত পরীক্ষার জন্য একজন ব্যক্তির অবহিত সম্মতিকে আইনটি এই ধরনের পরীক্ষার জন্য ততক্ষণ পর্যন্ত বৈধ হিসাবে অনুমতি দেয়, যতক্ষণ না এই সম্মতি প্রত্যাহার করা হচ্ছে কিংবা তার মেয়াদ ফুরিয়ে যাচ্ছে।

পরীক্ষা করা জরুরি কেন? আপনার HIV-এর অবস্থা জানা আপনার স্বাস্থ্যের পক্ষে গুরুত্বপূর্ণ। যদি আপনার পরীক্ষার ফলাফল নেগেটিভ হয়, তাহলে ভবিষ্যতে নিজেকে কীভাবে সংক্রমণের থেকে সুরক্ষিত রাখবেন সেটা আপনি শিখতে পারেন। যদি আপনি পজিটিভ হন, তাহলে আপনি অন্যদের মধ্যে ভাইরাসটিকে সংক্রামিত করা প্রতিরোধ করার জন্য পদক্ষেপ নিতে পারেন, এবং আপনি HIV এর জন্য চিকিৎসা পেতে পারেন এবং সুস্থ থাকার অন্যান্য উপায়গুলি সম্বন্ধে জানতে পারেন।

_____ হ্যাঁ, আমি HIV পরীক্ষার প্রস্তাব স্বীকার করছি।

_____ না, আমি আজ HIV পরীক্ষা করাতে চাই না।

রোগীর নাম: _____ MRN #: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

(রোগী অথবা সম্মতি প্রদানের জন্য অনুমতিপ্রাপ্ত ব্যক্তি)



রোগীর সর্বশেষ ঠিকানার ফর্ম
[PATIENT UPDATED ADDRESS FORM]

তারিখ: _____
[DATE]

নাম: _____
[NAME]

জন্মের তারিখ: _____
[DOB]

আমি _____, প্রত্যয়ন করছি যে আমার পূর্বের ঠিকানা ছিল:
[I _____, verify that my previous address was:]

আমি এখন এই ঠিকানায় বসবাস করি:
[I now reside at :]

রোগীর স্বাক্ষর
[Patient's Signature]

ফার্মাসি সংক্রান্ত তথ্য

নতুন ইলেক্ট্রনিক চিকিৎসাগত রেকর্ড ব্যবস্থা Epic ইনস্টল করার সাথে সাথে, এই প্র্যাকটিসে আপনার ডাক্তার এখন ইলেক্ট্রনিকভাবে প্রেসক্রিপশন দিতে (ই-প্রেসক্রাইব) সক্ষম। অর্থাৎ, ডাক্তার আজ আপনাকে যে প্রেসক্রিপশনগুলি দিতে পারেন, সেগুলি আপনার পছন্দের ফার্মাসির কাছে স্বয়ংক্রিয়ভাবে পৌঁছে যাবে এবং এরপর থেকে আমাদের আর আপনাকে কোনো হাতে লেখা প্রেসক্রিপশন দিতে হবে না। তাছাড়া, আপনার ওষুধপত্রের সরবরাহ ফুরিয়ে গেলে, ফার্মাসিস্ট এখন ইলেক্ট্রনিক পদ্ধতিতেই নবীকরণের অনুরোধগুলি এই অফিসের কাছে অনুমোদনের জন্য পাঠাতে পারবে। **দ্রষ্টব্য: নিয়ন্ত্রিত ওষুধগুলি ইলেক্ট্রনিক প্রেসক্রিপশনের জন্য (ই-প্রেসক্রাইব) যোগ্য নয়।

আপনি যদি ই-প্রেসক্রাইবিং এ আগ্রহী হন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের তথ্য সম্পূর্ণ করুন।

রোগীর নাম: _____

পছন্দের ফার্মাসি:	
ফার্মাসির নাম:	_____
ঠিকানা:	_____
শহর:	_____
স্টেট:	_____
জিপ কোড:	_____
ফোন নম্বর:	_____
ফ্যাক্স নম্বর:	_____

বিকল্প ফার্মাসি:	
ফার্মাসির নাম:	_____
ঠিকানা:	_____
শহর:	_____
স্টেট:	_____
জিপ কোড:	_____
ফোন নম্বর:	_____
ফ্যাক্স নম্বর:	_____

ল্যাবরেটরির তথ্য

আপনার পছন্দের ল্যাবরেটরিকে চিহ্নিত করার জন্য অনুগ্রহ করে নিচের যে কোনো একটি বিকল্পের পাশে একটি টিকচিহ্ন দিয়ে নির্দেশ করুন। কিছু বিমার প্রকল্প আওতাভুক্ত রোগীদের সুনির্দিষ্ট ল্যাবরেটরির পরিষেবা ব্যবহার করতে বাধ্য করে; সেগুলির নির্দেশাবলী মেনে চলতে বিফল হলে তার ফলস্বরূপ বিলগুলি পরিশোধ করার জন্য রোগী দায়িত্বশীল হতে পারেন। কোন ল্যাবরেটরি নির্বাচন করতে হবে সেটা যদি আপনার জানা না থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার বিমাকারী কোম্পানির সঙ্গে যোগাযোগ করুন। **আপনি যদি কোনো ল্যাবরেটরি নির্বাচন না করেন, তাহলে প্র্যাকটিসটি স্বয়ংক্রিয় নির্বাচন হিসাবে NYU ল্যাবরেটরিকে ল্যাবের যে কোনো পরীক্ষার দায়িত্ব দেবে।**

LabCorp (ল্যাবকর্প)	
Quest Labs (কোয়েস্ট ল্যাব্‌স)	
NYU ল্যাব	
বহিঃস্থ অন্য কোনো স্থান	

অনুগ্রহ করে বহিঃস্থ স্থানের নাম জানান: _____



NYU Faculty Group Practice

অংশগ্রহণ করে না এমন প্ল্যান/কসমেটিক/নিজে অর্থ দিতে হয় এমন/

আওতাভুক্ত নয় এমন পরিষেবা

অর্থপ্রদান-পূর্ব আর্থিক স্বীকৃতি ফর্ম

[Non-Participating Plans/Cosmetic/Self-Pay/Non-Covered Services Pre-Payment Financial Acknowledgment Form]

তারিখ [Date]:	রোগীর নাম [Patient Name]:
রোগীর MR # [Patient MR #]:	চিকিৎসক [Physician]:
পরিষেবার প্রত্যাশিত তারিখ: [Expected Date of Service]	খরচের আনুমানিক হিসাব [Estimated Cost]:
জমা রাশি [Deposit Amount]:	বীমার প্ল্যান [Insurance Plan]:

আর্থিক চুক্তি [FINANCIAL AGREEMENT]

NYU Faculty Group Practice আমাকে জানিয়েছে যে আমার চিকিৎসক আমার বীমার প্লানে অংশ নেন না, এবং এই কারণে পরিষেবাগুলির খরচের জন্য আমি সম্পূর্ণরূপে দায়ী থাকব এবং আশা করা হয় যে আমি অনুমান করা ফী অগ্রিম পরিশোধ করব। আমি উপরের পরিষেবাগুলি নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিচ্ছি এবং আমাকে আমার চিকিৎসকের পরিষেবার জন্য মোট খরচের একটি আনুমানিক হিসাব দেওয়া হয়েছে। আমি এটা জানি যে উপরে উদ্ধৃত করা রাশি একটি আনুমানিক হিসাব এবং এর সাথে প্রকৃত চার্জের পার্থক্য হতে পারে। আমি এটাও বুঝি যে সংশ্লিষ্ট পরিষেবাগুলির (রেডিওলজি, অ্যানেস্থেসিয়া, প্যাথোলজি ইত্যাদি) জন্য অতিরিক্ত খরচ হতে পারে, যা এই আনুমানিক হিসাবের অন্তর্ভুক্ত নয়। আমার তরফে আমার বীমার বাহককে একটি সৌজন্যমূলক দাবি পাঠানো হবে। * যে কোনও অবশিষ্ট রাশির জন্য আমাকে বিল দেওয়া হবে এবং তার জন্য আমি দায়ী থাকব।

[I have been advised by the NYU Faculty Group Practice that my physician does not participate with my insurance plan and therefore, I will be fully responsible for the cost of services and am expected to pay the estimated fee in advance. I am choosing to have the above services rendered and have been provided with an estimate of the total cost for my physician's services. I am aware that the amount quoted above is an estimate and that actual charges may vary. I also understand that there may be additional costs for ancillary services (radiology, anesthesia, pathology, etc.) that are not included in this estimate. A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.* I will be billed for and responsible for any remaining balances.]



আমি বুঝি যে NYU এর থেকে স্টেটমেন্ট পাওয়ার সাথে সাথেই সব অবশিষ্ট রাশি বকেয়া হয়।

[I understand that all balances are due upon receipt of statement from NYU.]

আমি উপরের তথ্য পড়েছি এবং আমি আমার আর্থিক বাধ্যবাধকতাগুলি বুঝি।

[I have read the above information and I understand my financial obligations.]

স্বাক্ষর

[Signature]

তারিখ

[Date]

*যদি আমার বীমার বাহক পরিষেবার জন্য আমাকে অর্থ পাঠায়, তাহলে আমি অবিলম্বে এই অর্থ NYU Faculty Group Practice-কে পরিশোধ করব।

[*If my insurance carrier sends payment to me for the service I will immediately remit the payment to the NYU Faculty Group Practice.]