

NYC ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন ওরাল হেলথ ক্লিনিক প্রোগ্রাম
স্কুলের পিতামাতার সম্মতির ফরম
স্মাইল নিউ ইয়র্ক আউটরিচ, এলএলসি*

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101
 ফোন: 855-469-7473 ফ্যাক্স: 888-330-4331

স্কুল-ভিত্তিক দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য ক্লিনিক পরিষেবাসমূহ

আমি আমার সন্তানকে স্কুলে ভর্তি থাকাকালীন নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অনুমোদিত স্মাইল নিউ ইয়র্ক আউটরিচ, এলএলসি-র স্টেট-লাইসেন্সধারী স্বাস্থ্য পেশাজীবীগণ প্রদত্ত যে স্কুলের দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য কর্মসূচি রয়েছে, সেই দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য প্রযুক্তি গ্রহণের সম্মতি প্রদান করছি। আমি যেকোন সময় স্মাইল নিউ ইয়র্ক আউটরিচ, এলএলসি-র কাছে লিখিত নোটিসের মাধ্যমে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। আমি জানি যে, আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট পরিষেবার বিষয়ে শিক্ষার্থী এবং দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য ক্লিনিকের পরিষেবা প্রদানকারীদের মাঝে গোপনীয়তার বিষয়টি নিশ্চিত, এবং শিক্ষার্থীদেরকে তাদের পিতামাতা অথবা অভিভাবকগণকে কাউন্সেলিং এবং দাঁতের যত্নের সিদ্ধান্তে সংশ্লিষ্ট থাকতে উৎসাহিত করা হবে। স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিক পরিষেবার মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এতেই সীমিত নয়, প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবা, পুনরুদ্ধার পরিষেবা, এবং জরুরি অপারেশন। প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবার অন্তর্ভুক্ত, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, সামগ্রিক দাঁতের পরীক্ষা, দাঁতের স্বাস্থ্য-বৈজ্ঞানিক চিকিৎসা, এক্স-রেজ, সীল করা এবং ফ্লোরাইড চিকিৎসা। এর মধ্যে থাকতে ক্যাভিটি বৃদ্ধি বন্ধ (সিলভার ফ্লোরাইড ব্যবহারে ফলে যেকোন ক্যাভিটির রঙ পাল্টে ব্রাউন অথবা কালো রঙের হতে পারে) করার লক্ষ্যে দাঁতের পিছনে সিলভার ডায়ামিন ফ্লোরাইড প্রয়োগ। সামগ্রিক দাঁতের পরীক্ষা এবং প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবা ছাড়াও, স্মাইল নিউ ইয়র্ক আউটরিচ, এলএলসি অন্য যেসব পরিষেবা এবং চিকিৎসা প্রদান করবে তার জন্য পিতামাতা/অভিভাবককে জানাবে, এর মধ্যে আছে কিন্তু এতেই সীমিত নয়, ফিলিং করা, দাঁত তোলা, এবং অ্যানাথেটিক্স অথবা অন্য ওষুধের ব্যবহার। পিতামাতা/অভিভাবক যদি সম্মতি না দেন, তাহলে এইসব পরিষেবা প্রদান করা হবে না।

নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশনের

দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের জন্য পিতামাতার সম্মতির ফ্যাক্ট শিট
দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের জন্য এইচপিএ স্বীকৃত পিতামাতার সম্মতি

এই ফরমের উল্টো পৃষ্ঠায় আমার স্বাক্ষর দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রদান করে। ফেডারেল গোপনীয়তার আইন এবং স্টেটের আইন দ্বারা এই তথ্য প্রকাশ থেকে সরিয়ে নেয়া হতে পারে।

এই সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর দিয়ে, আমি দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য বোর্ড অভ এডুকেশন অভ দ্যা সিটি অভ নিউ ইয়র্কের (যা নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন হিসেবেও পরিচিত), এবং এছাড়া স্কুল নার্স এবং স্কুল নেতৃবৃন্দের কাছে প্রকাশের অনুমতি দিচ্ছি, কারণ হয় এটি আইনের অথবা চ্যান্সেলরের প্রবিধানের শর্ত, অথবা এটি শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য এবং সুরক্ষার জন্য প্রয়োজনীয়। আমার অনুরোধক্রমে, যে প্রতিষ্ঠান অথবা ব্যক্তি এই দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করবে তাকে এই ফরমের একটি কপি আমাকে দিতে হবে। আইনগতভাবে পিতামাতাদেরকে কিছু নির্দিষ্ট তথ্য অবশ্যই স্কুলে প্রদান করতে হবে, যেমন ইমিউনাইজেশনের প্রমাণ। এই তথ্য প্রদান করতে ব্যর্থ হবার ফলে শিক্ষার্থীকে স্কুল থেকে বহিষ্কার করা হতে পারে।

এই ফরম সম্পর্কিত আমার প্রশ্নগুলির উত্তর প্রদান করা হয়েছে। আমি বুঝি যে, আমার সন্তানের দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে আমাকে অনুমতি দিতে হবে না, এবং এই যে আমি যেকোন সময় আমার মত পরিবর্তন করতে পারি এবং স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিকে প্রদত্ত আমার অনুমতি লিখিতভাবে আমি প্রত্যাহার করতে পারি। যদিও, একবার প্রকাশ হয়ে গেলে প্রত্যাহারের আগে প্রকাশিত তথ্য অতীত কার্যকারিতাসহ ঢেকে রাখার জন্য প্রত্যাহার করা যাবে না।

আমি স্মাইল নিউ ইয়র্ক আউটরিচ, এলএলসি স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিককে বোর্ড অভ এডুকেশন অভ দ্যা সিটি অভ নিউ ইয়র্কের (যা নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন নামেও পরিচিত) অপর পৃষ্ঠায় উল্লিখিত শিক্ষার্থীর নির্দিষ্ট দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রদান করছি।

আমি স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিক থেকে NYC ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশনের কাছে এবং NYC ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন থেকে স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিকে নিচে উল্লিখিত দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে সম্মতি প্রদান করছি যাতে নিয়মমাত্রিক শর্ত পূরণ এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য রক্ষা এবং নিরাপত্তা সংরক্ষণের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য লাভ স্কুলের জন্য নিশ্চিত করা যায়। আমি বুঝি যে, ফেডারেল এবং স্টেটের আইন এবং গোপনীয়তা বিষয়ে চ্যান্সেলরের প্রবিধান অনুযায়ী এই তথ্য গোপন রাখা হবে:

স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা সংরক্ষণের তথ্য:

- এমন অবস্থা যা জরুরি পরিস্থিতির সৃষ্টি করতে পারে
- এমন অবস্থা যা একজন শিক্ষার্থীর দৈনন্দিন কর্মকাণ্ডকে সীমিত করতে পারে (ফরম 103S)
- নির্দিষ্ট সংক্রামক রোগের ডায়াগনসিস (এর অন্তর্ভুক্ত নয় এইচআইভি সংক্রামণ/এসটিআই এবং আইন দ্বারা সংরক্ষিত অন্য গোপনীয় পরিষেবা)।
- হেলথ ইনসিওরেন্স কাভারেজ

এই ফরমের পৃষ্ঠা 1-এ আমার স্বাক্ষর দ্বারা আমি স্মাইল নিউ ইয়র্ক আউটরিচ, এলএলসি-কে যেসব পরিষেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা করেছে তাদের সাথে যোগাযোগের এবং ইনসিওরেন্স বিষয়ক তথ্য লাভের সম্মতিও প্রদান করছি।

যেসময় কালের জন্য তথ্য প্রকাশ অনুমোদিত:

থেকে: যে তারিখে অপর পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করা হয়েছে

পর্যন্ত: যে তারিখে ওই শিক্ষার্থী স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিকে আর ভর্তি থাকবে না

*ওএইচসিপি = ওরাল হেলথ ক্লিনিক প্রদানকারী

রোগীর অধিকারের বিল

স্মাইল নিউ ইয়র্ক আউটরিচের একজন রোগী হিসেবে, আপনার অধিকার আছে:

1. এই অধিকারগুলি সম্পর্কে বোঝা এবং ব্যবহার করার। যদি কোন কারণে আপনি না বোঝেন অথবা আপনার সহায়তার প্রয়োজন থাকে, সেন্টার অবশ্যই আপনাকে সহায়তা প্রদান করবে, দোভাষী প্রদানসহ।
2. বয়স, জাতি, বর্ণ, যৌন পক্ষপাত, ধর্ম, বৈবাহিক অবস্থা, লিঙ্গ, জাতীয় সূত্র অথবা অর্থ পরিশোধের সূত্র নির্বিশেষে পরিষেবা লাভ করার।
3. বিবেচনা, মর্যাদা এবং সম্মানজনক আচরণ পাবার এর অন্তর্ভুক্ত গোপনীয়তাসহ আচরণ লাভের।
4. সেন্টারে কী কী পরিষেবা লভ্য সেসম্পর্কে অবগত হবার।
5. কর্ম-সময়ের বাইরে ডেন্টাল ইমার্জেন্সি কাভারেজের কী ব্যবস্থা রয়েছে তা জানার।
6. পরিষেবার খরচ কী, তৃতীয়-পক্ষের অর্থ পরিশোধের যোগ্যতা কী এবং, যখন প্রযোজ্য হয়, ফ্রি অথবা হ্রাসকৃত মূল্যের প্রয়োগ লাভ সম্পর্কে অবগত হবার।
7. অনুরোধক্রমে ভিন্ন ভিন্ন ক্ষেত্রে কীভাবে অর্থের আয়-ব্যয় হয়েছে সে হিসাবসহ তার অ্যাকাউন্ট বিবরণের কপি লাভের।
8. রোগীকে প্রত্যাশিত যুক্তিসঙ্গতভাবে যাতে বোঝা যায় তার রোগ-নির্ণয়, চিকিৎসা এবং আরোগ্যলাভের গতি সম্পর্কিত স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্র্যাকটিশনার, অথবা স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্র্যাকটিশনারের প্রতিনিধির কাছ থেকে, পূর্ণ এবং বর্তমান তথ্য লাভের।
9. জরুরি নয় এমন যেকোন প্রোসিজিওর অথবা চিকিৎসা অথবা উভয় শুরুর আগে সঙ্গত সম্মতি প্রদান করতে তার দাঁতের চিকিৎসকের কাছ থেকে প্রয়োজনীয় তথ্য লাভের। এই সঙ্গত সম্মতির অন্তর্ভুক্ত হবে, ন্যূনতমভাবে, নির্দিষ্ট প্রোসিজিওর অথবা চিকিৎসা অথবা উভয় বিষয় সম্পর্কিত তথ্য ব্যবস্থা, সংশ্লিষ্ট ঝুঁকিসমূহ, এবং প্রয়োগ অথবা চিকিৎসার বিকল্প, যদি থেকে থাকে।
10. যতটা সম্ভব আইন অনুমোদিত চিকিৎসা প্রত্যাখানের এবং তার এই প্রত্যাখানের স্বাস্থ্যগত পরিণতি সম্পর্কে পূর্ণ তথ্য লাভের।
11. পরীক্ষামূলক গবেষণায় অংশগ্রহণ প্রত্যাখানের।
12. প্রদত্ত যন্ত্র এবং পরিষেবা সম্পর্কিত অভিযোগ প্রকাশের এবং সেন্টারকে কোন রকম প্রতিহিংসার শিকার না হয়ে এসব ধরনের অভিযোগের তদন্ত করার। একজন রোগী তার উদ্বেগ মৌখিক অথবা লিখিতভাবে প্রশাসকের কাছে প্রকাশ করতে পারে। সেন্টার রোগী অথবা তার প্রতিনিধিকে 30 দিনের মধ্যে লিখিত উত্তর প্রদানের জন্য দায়ী যদি তদন্তের ফলাফল জানানোর জন্য রোগী কর্তৃক অনুরোধকৃত হয়। রোগী যদি স্টারের উত্তরে সন্তুষ্ট না হয়, সেক্ষেত্রেও সেন্টার রোগী অথবা তার প্রতিনিধিকে জানানোর জন্য দায়বদ্ধ, রোগী নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথের অফিস অভ হেলথ সিস্টেমস ম্যানেজমেন্টের কাছে 1-800-804-5447 নম্বরে ফোন করে অভিযোগ করতে পারে।
13. রোগীর চিকিৎসা সংক্রান্ত সকল তথ্য এবং রেকর্ডের গোপনীয়তা এবং সংরক্ষণ।
14. তার দাঁত সংক্রান্ত রেকর্ডের বিষয় কোন স্বাস্থ্যপ্রযুক্তি প্র্যাকটিশনার এবং/অথবা স্বাস্থ্যপ্রযুক্তি প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রকাশ অথবা জানানোর ব্যাপারে অনুমোদন প্রদান অথবা প্রত্যাখানের যেমনটি আইনের শর্ত অথবা তৃতীয়-পক্ষের অর্থ পরিশোধের চুক্তিতে আছে।

আপনার বেকর্ড সংরক্ষণ করুন

এলিয়ট পি. ব্লাগ, ডিডিএস - জেনারেল ডেনটিস্টি, ডেন্টাল ডিরেক্টর

অ্যাজেলিনা অ্যাডামস, ডিডিএস, জামিন চো, ডিএমডি, জেমিয়ার কোরডার, ডিডিএস, সিলভিয়া কুলার, ডিডিএস, জোয়েল ডি'অ্যান্ড্রেসিও, ডিএমডি, জেসন ডেভিস, ডিডিএস, ক্রিস্টোফার ডিলা, ডিডিএস, আন্দ্রে ফ্র্যাঙ্কলিন, ডিডিএস, মার্গারেট গারল্যান্ড, ডিডিএস, রেল গাসকা, ডিএমডি, জেকি গারসন, ডিএমডি, ডারিয়া গ্রিলো, ডিডিএস, ব্যারি হেট, ডিএমডি, ডেবোরা কান, ডিএমডি, সাহার কামকার, ডিএসডি, অদিতি কাপুর, ডিএমডি, উজমা খান, ডিডিএস, জেকি ক্রান্তজ, ডিডিএস, স্টিভেন মার্শাল, ডিডিএস, ডিনা পেগলার, ডিএমডি, এলিয়ট ব্লাগ, ডিডিএস, কেরিমেহ শেহাডে, ডিডিএস, জেকি টেলেনবম, ডিডিএস, ন্যাঙ্গি ইউ, ডিডিএস

গোপনীয়তা অনুশীলনের নোটিস

এই নোটিসে বর্ণিত আছে কীভাবে আপনার সম্পর্কিত স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করা হতে পারে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্য পেতে পারেন। অনুগ্রহ করে মনোযোগ দিয়ে এটি পর্যালোচনা করুন। আপনার বেকর্ড রাখার জন্য সংরক্ষণ করুন

আমাদের আইনি দায়িত্ব

আপনার স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা আমাদের কাছে গুরুত্বপূর্ণ। আমরা প্রয়োজ্য ফেডারেল এবং স্টেটের আইন দ্বারা আপনার স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করতে বাধ্য। আমরা আপনাকে আমাদের গোপনীয়তার অনুশীলন সম্পর্কিত এই নোটিস, আমাদের আইনি দায়িত্ব, এবং আপনার স্বাস্থ্য তথ্য বিষয়ে আপনার অধিকার সম্পর্কেও জানাতে বাধ্য। আমাদের অবশ্যই গোপনীয়তার অনুশীলন করতে হবে যা কার্যকর থাকাকালে এই নোটিসে বর্ণিত আছে। আমরা আপনাকে জানাবো যদি আপনার অনিরাপদ স্বাস্থ্য তথ্য লক্ষিত হয়।

যেকোন সময় আমাদের গোপনীয়তা অনুশীলন পরিবর্তনের অধিকার এবং এই নোটিসের শর্ত আমরা সংরক্ষিত রাখি, যদি প্রয়োজ্য আইনে এ ধরনের পরিবর্তনের অনুমোদন থাকে। আমাদের গোপনীয়তা অনুশীলনে পরিবর্তন আনার অধিকারও আমরা সংরক্ষিত রাখি এবং আমাদের নোটিসের নতুন শর্ত সকল স্বাস্থ্য তথ্য কার্যকর হবে যা আমরা রক্ষা করি, এর অন্তর্ভুক্ত পরিবর্তন আনার আগে আমরা যে স্বাস্থ্য তথ্য তৈরি করেছি বা পেয়েছি। আমাদের গোপনীয়তার অনুশীলনে কোন উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন আনার আগে, আমরা এই নোটিস পরিবর্তন করবো এবং অনুরোধক্রমে যাতে এই নতুন নোটিস লভ্য হয় সে ব্যবস্থা রাখবো।

আপনি যেকোন সময় আমাদের নোটিসের একটি কপি জন্য অনুরোধ জানাতে পারেন। আমাদের গোপনীয়তার অনুশীলন সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, অথবা এই নোটিসের বাড়তি কপি জন্য, অনুগ্রহ করে এই নোটিসের শেষে তালিকাভুক্ত তথ্য ব্যবহার করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।

স্বাস্থ্য তথ্যের ব্যবহার এবং প্রকাশ

আমরা চিকিৎসা, অর্থ পরিশোধ, এবং স্বাস্থ্যপ্রশ্ন বিষয়ক বিভিন্ন কাজের জন্য আপনার সম্পর্কিত স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করি। উদাহরণস্বরূপ:

চিকিৎসা: আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য আপনাকে চিকিৎসা প্রদান করছে এমন কোন চিকিৎসক, স্কুল নার্স, অথবা অন্য কোন স্বাস্থ্যপ্রদানকারীকে ব্যবহার করতে বা তার কাছে প্রকাশ করতে পারি।

অর্থ পরিশোধ: আপনাকে প্রদত্ত পরিষেবার অর্থ লাভের জন্য আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারি।

স্বাস্থ্যপ্রশ্ন বিষয়ক বিভিন্ন কাজ: আমাদের ব্যবসা পরিচালনা সংক্রান্ত কারণে আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি যেমন স্বাস্থ্যপ্রশ্ন পেশাজীবীদের যোগ্যতা অথবা ডিগ্রি পর্যালোচনা, প্র্যাকটিশনার এবং প্রদানকারীর কর্মসম্পাদনা মূল্যায়নকালে।

আপনার অনুমোদন: এই নোটিসে অন্যথায় বর্ণিত হয়নি এমন ব্যবহার অথবা প্রকাশ শুধু আপনার লিখিত অনুমতির মাধ্যমে হতে পারে। এছাড়া, আপনার স্বাস্থ্য তথ্য বিক্রি অথবা যোগাযোগ করতে যখন আমাদেরকে অর্থ প্রদান করা হয় সে ক্ষেত্রে আপনার তথ্য বিক্রির পণ্য অথবা পরিষেবা হিসেবে আপনার ব্যবহার অথবা প্রকাশের জন্য আমাদেরকে অবশ্যই আপনার লিখিত অনুমতি নিতে হবে। আপনি যদি আমাদের অনুমোদন দেন, আপনি যেকোন সময় সেটি লিখিতভাবে প্রত্যাহার করতে পারেন। যখন কার্যকর ছিলো আপনার অনুমোদন দ্বারা কৃত কোন ব্যবহার অথবা প্রকাশ আপনার প্রত্যাহারের কারণে ক্ষতিগ্রস্ত হবে না। আপনি যদি লিখিত অনুমোদন না দেন, আমরা এই নোটিসে বর্ণিত কারণগুলি ছাড়া অন্য কোন উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ করতে পারবো না।

আপনার পরিবার এবং বন্ধুসমূহ এবং আপনার প্রয়োজন সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের জন্য: আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য আপনার প্রয়োজন সংশ্লিষ্ট পরিবার সদস্য, বন্ধু-বান্ধব অথবা অন্য কোন ব্যক্তির শুধু ততোটুকুই প্রকাশ করতে পারি যা আপনার স্বাস্থ্যপ্রশ্নের সহায়তায় অথবা আপনার স্বাস্থ্যপ্রশ্নের অর্থ পরিশোধে প্রয়োজনীয়। আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য কোন দুর্যোগকালে কাউকে খুঁজে পাওয়ার সহায়তায় দুর্যোগে ত্রাণ প্রদানকারী সংগঠনসমূহের কাছেও প্রকাশ করতে পারি। আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য আপনার কোন পরিবার সদস্যকে, একজন ব্যক্তিগত প্রতিনিধিকে অথবা আপনার অবস্থান, সাধারণ অবস্থা অথবা মৃত্যুর সময় আপনার প্রয়োজন দায়িত্ব থাকা ব্যক্তিকে জানানোর জন্য অথবা জানানোর সহায়তায়ও ব্যবহার অথবা প্রকাশ করতে পারি। আপনি যদি এইসব পরিস্থিতিতে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য পরিবার সদস্য অথবা অন্য কারো কাছে প্রকাশ করতে না চান, অনুগ্রহ করে আমাদের এইচআইপিএ অফিসারকে 888-833-8441 নম্বরে ফোন করে জানিয়ে দিন।

আইনি বাধ্যতা: আইনি বাধ্যতার কারণে আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ করতে পারি।

জনসাধারণের নিরাপত্তা: আমাদেরকে আইন প্রয়োগকারী কর্মকর্তাদের কাছে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে হতে পারে, যেমন সার্চ ওয়ারেন্ট অথবা গ্রান্ড জুরির সাপিনার উত্তর প্রদানের জন্য, অথবা কোন ব্যক্তিকে শাস্তকরণ বা তার অবস্থান জানার লক্ষ্যে আইন প্রয়োগকারী কর্মকর্তাদের সহায়তা দিতে, কোন অপরাধজনিত কারণে মৃত্যু হয়ে থাকলে সেটি রিপোর্ট করার উদ্দেশ্যে, এবং আমাদের প্রাপ্ত কোন অপরাধ সংঘটিত হলে তা রিপোর্ট করতে।

অপব্যবহার অথবা অপহেলা: আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য যথাযথ কর্তৃপক্ষের কাছে প্রকাশ করতে পারি যদি যুক্তিসঙ্গতভাবে আমরা মনে করি যে আপনি কোন সচ্ছাড়া অপব্যবহার, অপহেলা, অথবা গৃহ সহিংসতা অথবা অন্য অপরাধের সন্ধান পাবার। গুরুতর আপনার কোন স্বাস্থ্য ঝুঁকি এড়াতে অথবা অন্যদের সুরক্ষায় আমরা প্রয়োজন অনুযায়ী আপনার স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে পারি।

জাতীয় নিরাপত্তা: নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য সামরিক বাহিনীর সামরিক কর্মকর্তা অথবা বিদেশী সামরিক কর্মকর্তাদের কাছে প্রকাশ করতে পারি; আইনগত গোয়েন্দা কর্মকাণ্ড, পাঠা-গোয়েন্দা কর্মকাণ্ড, অথবা অন্য কোন জাতীয় নিরাপত্তার কাজ, এবং প্রেসিডেন্টকে রক্ষার কাজে অনুমোদিত ফেডারেল কর্মকর্তাদের কাছেও তা প্রকাশ করা হতে পারে; এবং কোন সংশোধনমূলক প্রতিষ্ঠান অথবা নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে আইন প্রয়োগকারী কর্মকর্তা যার কাছে অধিবাসী অথবা রোগীর আইনগত দায়িত্ব আছে তাদের কাছে।

অ্যাপয়েন্টমেন্ট রিমাইনডার: আপনাকে অ্যাপয়েন্টমেন্টের কথা মনে করিয়ে দিতে (যেমন ভয়েসমেইল মেসেজ, পোস্টকার্ড, চিঠিপত্র, ইমেইল, অথবা টেক্সট মেসেজ) আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ করতে পারি।

স্বাস্থ্য তথ্যবহান কর্মকাণ্ড: আইন অনুমোদিত কর্মকাণ্ডের জন্য কোন স্বাস্থ্য তথ্যবহানকারী এজেন্সিকে আমরা স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে পারি। এইসব তথ্যবহান কর্মকাণ্ডের অন্তর্ভুক্ত, উদাহরণস্বরূপ, অডিট, তদন্ত, পরিদর্শন এবং লাইসেন্সধারী সমীক্ষাসমূহ। এইসব কর্মকাণ্ড হেলথ কেয়ার সিস্টেম, রোগ সংক্রামণ, গভর্নমেন্ট প্রোগ্রাম, নাগরিক অধিকার আইন এবং রোগীর ফলাফলের উন্নতি মনিটর করার লক্ষ্যে গভর্নমেন্টের জন্য প্রয়োজনীয়।

মামলা এবং বিবাদ: কোন কোর্ট অথবা প্রশাসনিক আদেশের জবাবে আমরা স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে পারি। কোন সাপিনা, অনুসন্ধান অনুরোধ অথবা অন্য আইনগত প্রক্রিয়ার জবাবে আমরা আপনার সম্পর্কিত স্বাস্থ্য তথ্যও প্রকাশ করতে পারি।

অন্যান্য ব্যবহার এবং প্রকাশ। আইন অনুমোদিত অথবা আইনের শর্ত অনুযায়ী, আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য গবেষণায় ব্যবহার অথবা প্রকাশ করতে পারি; ওইসব প্রতিষ্ঠানের কাছেও যারা শরীরের অঙ্গপ্রত্যঙ্গ দান এবং প্রতিস্থাপনের জন্য যুক্ত এবং সেগুলি মনিটর করে; কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ অথবা ওই ধরনের কর্মসূচির সাথে সম্পর্কিত আইন যা কর্ম-সম্পৃক্ত অথবা অসুস্থতার জন্য সুবিধা প্রদান করে সেগুলি মনেতে কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ অথবা একই রকমের কর্মসূচির কাছে; জন-স্বাস্থ্য কর্মকাণ্ডের জন্য যেমন রোগ প্রতিরোধ অথবা নিয়ন্ত্রণ; জনসাধারণ যেসব পণ্য ব্যবহার করছে সেইসব পণ্যের অপসারণ সম্পর্কে তাদের জানানোর উদ্দেশ্যে; কোন ব্যক্তি কোন রোগে আক্রান্ত অথবা ছড়ানোর ঝুঁকিতে আছে সেটি তাকে জানানোর উদ্দেশ্যে; কোন মৃত ব্যক্তিকে শাস্তকরণ অথবা মৃত্যুর কারণ নির্ধারণে স্বাস্থ্য পরীক্ষাকারীর কাছে; অথবা শেখকৃত বিষয়ক ডিরেক্টরদেরকে তাদের দায়িত্ব পালনের সহায়তায়।

রোগীর অধিকার

প্রবেশাধিকার: সীমিত ব্যতিক্রমসহ, আপনার স্বাস্থ্য তথ্য দেখা অথবা তার কপি পাবার। আপনার স্বাস্থ্য তথ্যে প্রবেশ করতে লিখিতভাবে আপনাকে অবশ্যই অনুরোধ জানাতে হবে এবং এই নোটিসের শেষে উল্লিখিত নম্বরে আপনার অনুরোধ ফাংশন করতে হবে।

প্রকাশের সংখ্যার হিসাব: আমরা অথবা আমাদের বিজনেস অ্যাসোসিয়েটগণ আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের যেসব প্রকাশ করেছে সেগুলি একটি তালিকা লাভের অধিকার আপনার আছে। আপনি যদি এই হিসাবটি পাবার অনুরোধ 12-মাস পিরিয়ডের মধ্যে একবারের অধিক করে থাকেন, আমরা আপনাকে এইসব বাড়তি অনুরোধের উত্তর প্রদানের জন্য একটি যুক্তিসঙ্গত, খরচ-ভিত্তিক ফি দাবি করবো।

বিধি-নিষেধ: আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার অথবা প্রকাশ আমাদের উপর বিধি-নিষেধ প্রদানের অনুরোধ জানানোর অধিকার আপনার রয়েছে। আপনার অনুরোধে সম্মতি জানাতে আমরা বাধ্য নই - এর ব্যতিক্রম যখন এই প্রকাশ আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা হবে, আপনি (অথবা আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা ছাড়া আপনার পক্ষে অন্য কেউ) আপনার স্বাস্থ্য প্রশ্নের পূর্ণ অর্থ পরিশোধ করেছেন, এই প্রকাশ অর্থ পরিশোধ অথবা স্বাস্থ্য প্রশ্ন পরিচালনার সাথে সম্পর্কিত, এবং এই প্রকাশ অন্যথায় আইনের শর্ত অনুযায়ী আবশ্যিক নয়। আমরা যদি এই বিধি-নিষেধে সম্মত হই, তথাপি, আমরা ওই চুক্তি (জরুরি অবস্থা ছাড়া) মেলে চলবে।

বিকল্প যোগাযোগ: আপনার স্বাস্থ্য তথ্য সম্পর্কে বিকল্প উপায়ে আমরা আপনার সাথে যোগাযোগ করি অথবা আপনার লিখিত অনুরোধে উল্লিখিত বিকল্প স্থানে আপনার সাথে যোগাযোগ করি সেটি লিখিতভাবে অনুরোধ জানানোর অধিকার আপনার আছে।

সংশোধন: আপনার স্বাস্থ্য তথ্য আমরা সংশোধন করি সে অনুরোধ জানানোর অধিকার আপনার রয়েছে। আপনার অনুরোধ অবশ্যই লিখিতভাবে জানাতে হবে এবং কেন তথ্য সংশোধন করতে হবে সে ব্যাখ্যাও দিতে হবে। কিছুক্ষেত্রে আমরা আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারি।

ইলেক্ট্রনিক নোটিস: আপনি যদি আমাদের ওয়েবসাইট, অথবা ইলেক্ট্রনিক মেইলে (ইমেইলে) এই নোটিস পান, অনুরোধক্রমে লিখিতভাবে আপনার এই নোটিস পাবার অধিকারও আছে।

প্রশ্ন ও অভিযোগ

আমাদের গোপনীয়তার অনুশীলন সম্পর্কে আপনি যদি আরও তথ্য পেতে চান অথবা আপনার যদি কোন প্রশ্ন অথবা উদ্বেগ থেকে থাকে, অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন। আপনি যদি উৎকর্ষিত হন যে, আমরা আপনার গোপনীয়তার অধিকার লঙ্ঘন করেছি, আপনি এই নোটিসের শেষে উল্লিখিত যোগাযোগের তথ্য ব্যবহার করে আমাদের কাছে অভিযোগ করতে পারেন। আপনি ইউএস ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেসে লিখিত অভিযোগও জমা দিতে পারেন। আপনি যদি আমাদের বিরুদ্ধে অথবা ইউএস ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেসে অভিযোগ দাখিল করেন, আপনি কোনভাবেই প্রতিশোধ পরায়ন হবে না।

যোগাযোগের অফিসার: এইচআইপিএ অফিসারের

ফোন: 888-833-8441

ফ্যাক্স: 888-330-4331

email: hipaofficer@smileprograms.com

কার্যকর তারিখ: মঙ্গলবার 01 আগস্ট 2016