

ক্লায়েন্ট অবশ্যই প্রযোজ্য প্রতিটি বিভাগে সম্মতিজ্ঞাপন করবেন এবং নথির শেষে স্বাক্ষর করবেন। কর্মীকে অবশ্যই প্রত্যয়ন সম্পন্ন করতে হবে।

ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহ ও রেকর্ডের ব্যাপারে অবহিত সম্মতি

আমি [name of entity capturing] কে New York State Office for the Aging কর্তৃক নিয়ন্ত্রিত এবং NY Connects কর্তৃক ব্যবহৃত ক্লায়েন্ট ডেটা সেকশানে আমার বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি কর্তৃক প্রদত্ত ব্যক্তিগত তথ্য সংরক্ষণের অনুমতি দিচ্ছি। NY Connects হলো New York State Office for the Aging এবং New York State Department of Health কর্তৃক স্থানীয় অংশীদারদের মাধ্যমে প্রদত্ত একটি বয়স্ক ও প্রতিবন্ধীদের জন্য রিসোর্স সেন্টার (Aging and Disability Resource Center)। NY Connects এমন অনেক সংস্থা ও সেবাসমূহের মধ্যে একটি সংযোগ হিসেবে কাজ করে যারা চাহিদাবলী শনাক্ত করে, তথ্য ও সহায়তা প্রদান করে এবং মানুষকে স্বাধীন থাকতে সহায়তা করে। ক্লায়েন্ট ডেটা সিস্টেম অন্যান্য স্থানীয় অংশীদারদেরকে সুপারিশ করা সাপেক্ষে আমার তথ্য দেখার অনুমতি দেয়, তবে সেটি শুধুমাত্র আমার অনুমতিক্রমে হতে হবে।

আমি উপলব্ধি করছি যে আমাকে NY Connects এর অধীনে সেবাসমূহের সাথে যুক্ত করতে কর্মীদেরকে সহায়তা করার জন্য এই তথ্য সংগ্রহ করা হচ্ছে। আমি বুঝতে পারছি যে কর্মী কর্তৃক আমার পক্ষে সুপারিশ করার জন্য বা আমাকে সহায়তা করতে পারে এমন অন্যান্য সংস্থার সাথে যোগাযোগ করার জন্য এই তথ্য প্রয়োজন। এইসকল সেবা প্রদান এবং এইসকল উদ্দেশ্যে আমার তথ্য সংগ্রহকারী কর্তৃপক্ষ পাওয়া যাবে - New York State Elder Law।

আমি উপলব্ধি করছি যে New York State's Personal Privacy Protection Law অনুযায়ী আমার ব্যক্তিগত তথ্য গোপন রাখা হবে। এগুলো আমার অনুমতি ব্যতীত শেয়ার করা হবে না।

কোন তথ্য রেকর্ড করা হবে, সেই তথ্যের প্রয়োজনীয়তা এবং আমার তথ্য সুরক্ষিত রাখার আইন ও বিধানসমূহ থাকার ব্যাপারটি আমি বুঝতে পেরেছি।

আমি উপলব্ধি করছি যে এই প্রত্যয়নপত্রে স্বাক্ষর করা স্বৈচ্ছাধীন তবে এটি করতে অস্বীকার করলে তা আমার জন্য উপলভ্য বিকল্পসমূহকে সীমিত করে দিতে পারে।

ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর _____

ব্যক্তিগত তথ্য রেফার করার ও শেয়ার করার অবহিত সম্মতি

আমি [Entity making referral] কে নিম্নোক্ত সংস্থাসমূহের কাছে আমার ব্যক্তিগত তথ্য, স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এবং আমার সম্পর্কে অন্যান্য যে সকল তথ্য প্রদান করেছি সেগুলো সহ সকল অনুরোধকৃত রেকর্ড [entity making referral] কর্তৃক ছাড়ের আবেদন করছি ও এই মর্মে সম্মতিজ্ঞাপন করছি যাতে তারা আমার জন্য প্রয়োজন হতে পারে এমন সেবাসমূহের জন্য সুপারিশ করতে পারে বা নিচে বর্ণিত উদ্দেশ্যসমূহে ব্যবহার করতে পারে:

আমি উপলব্ধি করছি যে এই সকল রেকর্ড উপরোল্লিখিত সংস্থাসমূহে আমার জন্য সুপারিশ করার উদ্দেশ্যে

এবং আমাকে সহায়তাসমূহ সরবরাহ করতে সহায়তা করার জন্য প্রকাশ করা হচ্ছে।

কোনো তথ্যাবলী প্রকাশ করা হবে, সেই তথ্যের প্রয়োজনীয়তা এবং এই সকল তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করার জন্য আইন ও বিধিমালা থাকার বিষয়টি আমি জেনে নিয়েছি।

আমি উপলব্ধি করছি যে এই প্রত্যয়নপত্রে স্বাক্ষর করা স্বেচ্ছাধীন তবে এটি করতে অস্বীকার করলে তা আমার জন্য উপলভ্য বিকল্পসমূহকে সীমিত করে দিতে পারে।

আমি উপলব্ধি করছি যে এই প্রত্যয়ন অনুযায়ী ব্যবহৃত বা প্রকাশকৃত তথ্য গ্রহণকারী কর্তৃক পুনঃপ্রকাশ করা হতে পারে এবং এ ধরনের ক্ষেত্রে হয়তো আর ফেডারেল বা স্টেট আইনের মাধ্যমে সুরক্ষিত থাকবে না।

ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর _____

বিপর্যয় বা জরুরি অবস্থাসমূহে সুনির্দিষ্ট তথ্য রেফার করার ও শেয়ার করার অবহিত সম্মতি

আমি সম্মতিজ্ঞাপন করছি যে বিপর্যয় বা জরুরি অবস্থাসমূহের ক্ষেত্রে আমি যে সকল সেবা গ্রহণ করছি, আমার আবাসন সম্পর্কিত অবস্থা এবং আমার সাথে কারা বসবাস করেন, নিত্য প্রয়োজনীয় মেডিকেল যন্ত্রপাতি বা সেবাসমূহ, খাবার সম্পর্কিত বিশেষ চাহিদাবলী, অন্ধত্ব বা অন্যান্য দৃষ্টি সম্বন্ধীয় অক্ষমতা এবং আমার সাধারণ অবস্থা ও চলাচলের ক্ষমতা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করা যাবে।

আমি বুঝতে পেরেছি যে এই তথ্য শুধুমাত্র সেই সকল ব্যক্তি/প্রতিষ্ঠানসমূহ, যেমন সরকারি সংস্থাসমূহ, আইন বাস্তবায়নকারী সংস্থা বা কোনো বিপর্যয় বা জরুরি অবস্থা সৃষ্টি হলে তাদের পক্ষে কাজ করা ব্যক্তি/প্রতিষ্ঠানসমূহকে প্রদান করা হবে যারা এটিকে সেই জরুরি অবস্থার মোকাবেলায় ব্যবহার করবেন।

আমি উপলব্ধি করছি যে এই প্রত্যয়ন অনুযায়ী ব্যবহৃত বা প্রকাশকৃত তথ্য গ্রহণকারী কর্তৃক পুনঃপ্রকাশ করা হতে পারে এবং এ ধরনের ক্ষেত্রে হয়তো আর ফেডারেল বা স্টেট আইনের মাধ্যমে সুরক্ষিত থাকবে না।

ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর _____

আমি উপরে যেসকল কার্যাবলী চিহ্নিত করেছি সেগুলোর ব্যাপারে আমি সম্মতিজ্ঞাপন করছি। বাতিল করা ব্যতীত প্রদত্ত এই সকল অনুমোদনের মেয়াদোত্তীর্ণ হবে না।

ব্যক্তি বা আইনি প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

ব্যক্তির নাম (স্পষ্ট অক্ষরে)

যদি কোনো আইনি প্রতিনিধি থাকে তাহলে তাহলে তার নাম লিখুন এবং ব্যক্তির সাথে তার সম্পর্ক উল্লেখ করুন

~~~~~ শুধুমাত্র অফিস কর্তৃক ব্যবহারের জন্য ~~~~~  
~ ~

**ATTESTATION**

*To be completed by worker*

I attest that informed consent, as indicated, was obtained from the above individual, who provided his/her signature above. All appropriate processes were followed, and consent was provided voluntarily.

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Print*