

অবহিত সম্মতি প্রত্যাহার

এই ফরমটি আপনার অনুরোধ অনুযায়ী প্রদান করা হচ্ছে। এটি ব্যবহার করে আপনি আপনার তথ্য শেয়ার করার এবং আপনার পক্ষ থেকে রেফারেল করার জন্য আপনার সম্মত প্রত্যাহার করতে পারবেন।

যদি আপনি এই সম্মত প্রত্যাহার করেন তাহলে কার্যকরী তারিখের, যে তারিখে আমাদের এজেন্সি সম্পন্ন এই ফরম গ্রহণ করবে, পর থেকে আপনার তথ্যের আর কোনো প্রকাশ করা হবে না। আপনি সম্মতি প্রত্যাহার করলে আপনার প্রদান করা পূর্ববর্তী কোনো তথ্য প্রকাশ করা হবে না।

New York State Office for the Aging দ্বারা সংরক্ষিত ক্লায়েন্ট ডাটা সিস্টেমে অন্তর্ভুক্ত আপনার যেকোন তথ্য ভাগ করা থেকে আপনার সম্মত প্রত্যাহার করতে পৃষ্ঠা 2 এর পরের প্রথম বাস্তু দেখুন এবং সেখানে অনুরোধ করা সকল আইটেম পূরণ করুন।

যদি আপনি শুধু নির্দিষ্ট সম্মতি নিয়ে তথ্য শেয়ার করতে সম্মত প্রত্যাহার করতে চান, তাহলে দ্বিতীয় বাস্তু দেখুন এবং প্রদান করা জায়গা ব্যবহার করে সেই নির্দিষ্ট সম্মতিগুলো তালিকা করুন।

কোনো দুর্যোগ বা জরুরি অবস্থাতে যোগাযোগ করার জন্য সাধারণ যোগাযোগ তথ্য ছাড়া অন্য কোনো তথ্য শেয়ার করা সম্পর্কে আপনার সম্মত প্রত্যাহার করতে, তৃতীয় বাস্তু দেখুন।

যে ব্যক্তির আইনিভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধি দ্বারা তার তথ্য সংরক্ষিত রয়েছে, যদি তার পক্ষ থেকে এই ফরমটি পূরণ করা হচ্ছে তাহলে তা প্রদান করে জায়গায় ইঙ্গিত করুন। যে ব্যক্তির তথ্য সংরক্ষিত রয়েছে তার যোগাযোগ তথ্য ব্যবহার করে সকল ক্ষেত্র সম্পন্ন করতে হবে। একজন আইনি প্রতিনিধি দ্বারা সম্মত প্রত্যাহার করা তখনই কার্যকরী হবে যদি সেই আইনি প্রতিনিধি আমাদের এজেন্সি দ্বারা যাচাই করা হয়েছে।

সম্পন্ন হওয়ার পর, এই ফরমটি নিচে প্রদান করা ঠিকানায় আমাদের এজেন্সির কাছে মেইল করুন। যদি আপনার কোনো প্রশ্ন বা চিন্তা থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে প্রদান করা টেলিফোন নম্বরে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।

ঠিকানা:

{AGENCY NAME}

মনোযোগ দিন: {CONTACT UNIT OR INDIVIDUAL}

{ADDRESS 1}

{ADDRESS 2}

টেলিফোন:

{CONTACT UNIT OR INDIVIDUAL}

{(XXX) XXX-XXXX}

রেফারেল করার উদ্দেশ্যসহ ক্লায়েন্ট ডেটা সিস্টেমে সংরক্ষণ করা আমার যেকোনো ব্যক্তিগত তথ্য শেয়ার বা প্রকাশ করার থেকে আমি আমার সম্মত প্রত্যাহার করছি। আমি বুঝতে পারছি যে এটি প্রত্যাহারের কার্যকরী তারিখের আগে করা কোন প্রকাশের উপর প্রভাব ফেলবে না।

এই সকল সম্মত আমার যেকোনো ব্যক্তিগত তথ্য ভাগ বা প্রকাশ করার থেকে আমি আমার সম্মত প্রত্যাহার করছি:

কোনো দুর্যোগ বা জরুরি অবস্থায় যোগাযোগ করার সাথে সম্পর্কিত বিশেষ ঝুঁকির কারণ সম্পর্কিত আমার যেকোনো ব্যক্তিগত তথ্য ভাগ বা প্রকাশ করার থেকে আমি আমার সম্মত প্রত্যাহার করছি।

এই ফর্মটি কি একজন ক্লায়েন্টের আইনিভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধির দ্বারা সম্পন্ন এবং স্বাক্ষর করা হয়েছে? অনুগ্রহ করে বৃত্ত বরাট করুন:

হ্যাঁ / না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে নিম্নলিখিত জায়গাগুলো সম্পন্ন করুন (অনুগ্রহ করা প্রিন্ট করুন):

আইনি প্রতিনিধির নাম

()

টেলিফোন নম্বর

ঠিকানা (রাস্তা, শহর, স্টেট, জিপ)

স্বাক্ষরের রেখাসহ এই ফর্মের অবশিষ্ট অংশ সম্পূর্ণ করতে হবে।

গ্রাহকের তথ্য

গ্রাহকের নাম (স্পষ্ট অক্ষরে):

ঠিকানা:

টেলিফোন নম্বর:

() _____

স্বাক্ষর

তারিখ

নাম (স্পষ্ট অক্ষরে)