ম্যাসাচুসেটস কমনওয়েলথ

স্বাস্থ্য ও মানব সেবার নির্বাহী অফিস

উন্নয়নমূলক সেবা বিভাগ

DDS যোগ্যতার জন্য আবেদন

আবেদনকারী সম্পর্কিত তথ্য:

আবেদনকারীর বর্তমান বয়সসীমা:

☐ 5 বছর থেকে 22 বছর বয়সের মধ্যে ☐ 22 বছর এবং অধিক

পূর্ণ নাম: ______________________ জন্মতারিখ: ____/____/____

শেষ প্রথম MI

ঠিকানা: ______________________

স্ট্রিট নম্বর স্ট্রিট এর নাম অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট #

______________________ ______________

নগর/শহর অঙ্গরাজ্য: জিপ কোড SS#

আবেদনকারী, অভিভাবক বা বাবা-মা কোন ভাষায় এসব করতে চান:

- আবেদনকারী সম্পর্কে বলতে চান? ______________
- আবেদনকারী সম্পর্কে লিখিত উপকরণ গ্রহণ করবেন? ______________
- শুনানির জন্য কি দোভাষ সেবা প্রয়োজন? ☐হ্যাঁ ☐ না
  দ্রষ্টব্য: আবেদনকারীদের জন্য বিনামূল্যে অনুবাদ এবং দোভাষ সেবা প্রদান করা হয়

আমরা কিভাবে সবচেয়ে ভালোভাবে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারি? (অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলোতে টিক দিন)

☐ মূখ্য ( )______________ আমরা কি কোনো বার্তা পেতে পারি হ্যাঁ ☐ না ☐

☐ গৌণ ( )______________ আমরা কি কোনো বার্তা পেতে পারি হ্যাঁ ☐ না ☐

☐ ইমেইল: ______________

প্রয়োজনীয় নথিপত্র

DDS-এ সমস্ত আবেদনের জন্য নিম্নলিখিত নথিগুলোর অনুলিপি প্রয়োজন:

- জন্ম সনদ
- সামাজিক সুরক্ষা কার্ড:
- স্বাস্থ্য বিমা কার্ড (ম্যাসহেলথ, মেডিকেয়ার, প্রাইভেট ইনশিউরেন্স)
- MA স্থায়ী আবাসের প্রমাণ– EX. MA ড্রাইভিং লাইসেন্স, MA ID কার্ড, নাম/ঠিকানা উল্লেখসহ পরিসেবা বিল
- আপনি যে মানদণ্ডের জন্য বিবেচিত হতে চান সেটা নির্ধারণের জন্য নথিভুক্ত প্রতিবেদন
- গোপনীয়তা চর্চা অনুমোদন ফরমের বিজ্ঞপ্তি (আবেদনে সংস্থাপিত)

আবেদনকারী বা আপনি নিচের কোনো সেবা/মূল্যায়ন পেয়ে থাকলে অনুগ্রহ করে নথিপত্র প্রদান করুন:

- প্রাথমিক হস্তক্ষেপ/উন্নয়নমূলক প্রোফাইল
- IEP ও সম্পর্কিত মূল্যায়ন এবং বা 504 আবাসন পরিকল্পনা
- অভিযোজিত দক্ষতা প্রতিবেদন
- কোনো বুদ্ধিবৃত্তিক অক্ষমতা (ID) এবং বা নির্দিষ্ট অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডার (ASD) নির্ণয়সহ প্রতিবেদন
- মনস্তাত্ত্বিক বা নিউরোসাইকোলজিক্যাল মূল্যায়নের মাধ্যমে IQ প্রতিবেদন
- স্মিথ-ম্যাগেনিস, প্রাডার-উইলি বা অন্যান্য জিন ঘটিত সমস্যা নির্ধারণের জন্য জেনেটিক পরীক্ষার ফলাফল

অভিভাবকত্ব

আদালত কর্তৃক নিযুক্ত অভিভাবক থাকলেই এই বিভাগ পূরণ করতে হবে

আদালত কর্তৃক আবেদনকারীর অভিভাবক নিযুক্ত থাকলে এই আবেদনের সাথে অভিভাবকত্বের কাগজপত্র জমা দিতে হবে। আদালত কর্তৃক অভিভাবক নিযুক্ত হওয়ার ক্ষেত্রে এই আবেদনে অবশ্যই সেই অভিভাবকের স্বাক্ষর থাকতে হবে

আইনি অভিভাবকের নাম ______________________ সম্পর্ক ____________
শেষ প্রথম প্রতি আবেদনকারী

অভিভাবকের ঠিকানা ______________________
নম্বর এবং স্ট্রিট নগর/শহর জিপ

ইমেইল ______________________ ফোন ____________

বর্তমান পরিস্থিতি

আবেদনকারী বা আপনি কি;

পরিবারের সাথে বাড়িতে বসবাস করছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐ ____________
না হলে কোনো আবাসিক স্কুল ছাড়া আপনি কোথায় বসবাস করেন?

কোনো আবাসিক স্কুলে বসবাস করেন কি? হ্যাঁ ☐ না ☐ ____________
হ্যাঁ হলে স্কুলের নাম

গৃহহীন? হ্যাঁ ☐ না ☐ ____________
হ্যাঁ হলে কতদিন যাবৎ?

অঙ্গরাজ্যের অন্য কোনো সংস্থার সাথে জড়িত আছেন কি? হ্যাঁ ☐ না ☐ ____________
হ্যাঁ হলে কোন সংস্থা?

বর্তমানে কি হাসপাতালে আছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐ ____________
হ্যাঁ হলে হাসপাতালের নাম।

স্কুল/কলেজে ভর্তি আছেন কি? হ্যাঁ ☐ না ☐ ____________
হ্যাঁ হলে স্কুল/কলেজের নাম

আবেদনের ধরন

বিকাশের সাথে ঘনিষ্ঠভাবে সম্পর্কিত সমস্যা (5 - 22 বছর বয়সী শিশু/প্রাপ্তবয়স্কদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

আপনি কি বিকাশের সাথে ঘনিষ্ঠভাবে সম্পর্কিত সমস্যার কারণে DDS-এ আবেদন করছেন? (115 CMR 6.06 (1) হ্যাঁ ☐ না ☐

দ্রষ্টব্য: জিন ঘটিত সমস্যাসহ বিকাশের সাথে ঘনিষ্ঠভাবে সম্পর্কিত সমস্যা

আপনি বিকাশের সাথে ঘনিষ্ঠভাবে সম্পর্কিত সমস্যায় আক্রান্ত কোনো ব্যক্তি হিসাবে আবেদন করলে আপনাকে অবশ্যই Ph.D, Psy.D MD এর মতো কোনো লাইসেন্সপ্রাপ্ত যোগ্যতাসম্পন্ন পেশাদাদারের কাছ থেকে রোগ নির্ণয়ের সমন্বিত রিপোর্ট জমা দিতে হবে। আপনার রোগনির্ণয় অবশ্যই নথি বা জেনেটিক পরীক্ষার ফলাফলে যাচাই করতে হবে।

বুদ্ধিবৃত্তিক অক্ষমতা

আপনি কি বুদ্ধিবৃত্তিক অক্ষমতার (ID) কারণে DDS-এ আবেদন করছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐

আপনি বুদ্ধিবৃত্তিক অক্ষমতাসহ কোনো ব্যক্তি হিসাবে আবেদন করলে আপনাকে অবশ্যই এই আবেদনের সাথে Ph.D, Psy.D MD এর মতো কোনো লাইসেন্সপ্রাপ্ত যোগ্যতাসম্পন্ন পেশাদাদারের কাছ থেকে রোগনির্ণয়ের সমন্বিত রিপোর্ট জমা দিতে হবে। এসব নথি অবশ্যই আপনার রোগনির্ণয়ে যাচাই করা হবে। এতে IQ এবং জ্ঞানীয় পরীক্ষা অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডার

আপনি কি অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডার (ASD) এর কারণে DDS-এ আবেদন করছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐

আপনি অটিজম স্পেকট্রাম ডিসঅর্ডারে (ASD) আক্রান্ত কোনো ব্যক্তি হিসাবে আবেদন করলে আপনাকে অবশ্যই এই আবেদনের সাথে Ph.D, Psy.D MD এর মতো কোনো লাইসেন্সপ্রাপ্ত যোগ্যতাসম্পন্ন পেশাদাদারের কাছ থেকে রোগনির্ণয়ের সমন্বিত রিপোর্ট জমা দিতে হবে।

প্রেডার-উইলি সিনড্রোম

আপনি কি প্রেডার-উইলি রোগনির্ণয়ের কারণে DDS-এ আবেদন করছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐

আপনি প্রেডার-উইলি আক্রান্ত ব্যক্তি হিসাবে আবেদন করলে আপনাকে অবশ্যই এই আবেদনের সাথে প্রেডার-উইলি রোগনির্ণয় যাচাইকারী জেনেটিক পরীক্ষা জমা দিতে হবে।

স্মিথ ম্যাগেনিস সিনড্রোম

আপনি কি স্মিথ ম্যাগেনিস সিনড্রোম রোগনির্ণয়ের কারণে DDS-এ আবেদন করছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐

আপনি স্মিথ ম্যাগেনিস সিনড্রোম আক্রান্ত ব্যক্তি হিসাবে আবেদন করলে আপনাকে অবশ্যই এই আবেদনের সাথে স্মিথ ম্যাগেনিস রোগনির্ণয় যাচাইকারী জেনেটিক পরীক্ষা জমা দিতে হবে।

পৃষ্ঠার অবশিষ্টাংশ খালি রাখা হয়েছে

অভিভাবক বা অবিলম্বে যোগাযোগের ব্যক্তি

পূর্ণ নাম: ______________________________ সম্পর্ক ______________

শেষ প্রথম MI প্রতি আবেদনকারী

স্ট্রিট নম্বর স্ট্রিট এর নাম অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট # নগর/শহর অঙ্গরাজ্য: জিপ

আমরা কিভাবে সবচেয়ে ভালোভাবে তাদের সাথে যোগাযোগ করতে পারি? (অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলোতে টিক দিন)

☐ মূখ্য ( ) ______________ আমরা কি কোনো বার্তা দিতে পারি হ্যাঁ ☐ না ☐

☐ গৌণ ( ) ______________ আমরা কি কোনো বার্তা দিতে পারি হ্যাঁ ☐ না ☐

ইমেইল: ______________

অনুমোদিত যোগাযোগের ব্যক্তি

আপনার যদি এমন কেউ থাকে যাকে আপনি যোগ্যতার উদ্দেশ্যে যোগাযোগের ব্যক্তি হিসাবে অনুমোদন করতে চান তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে উল্লেখ করুন৷
তিনি কোনো সমাজকর্মী, শিক্ষক, থেরাপিস্ট ইত্যাদি হতে পারেন। এই ব্যক্তি আইনি অভিভাবক হতে পারেন না।

পূর্ণ নাম: ______________________________ সম্পর্ক ______________

শেষ প্রথম MI প্রতি আবেদনকারী

স্ট্রিট নম্বর স্ট্রিট এর নাম অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট # নগর/শহর অঙ্গরাজ্য: জিপ

আমরা কিভাবে সবচেয়ে ভালোভাবে তাদের সাথে যোগাযোগ করতে পারি? (অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলোতে টিক দিন)

☐ মূখ্য ( ) ______________ আমরা কি কোনো বার্তা দিতে পারি হ্যাঁ ☐ না ☐

☐ গৌণ ( ) ______________ আমরা কি কোনো বার্তা দিতে পারি হ্যাঁ ☐ না ☐

☐ ইমেইল: ______________

আমি আমার আবেদন এবং নথিপত্র নিয়ে উপরে উল্লিখিত ব্যক্তির সাথে যোগ্যতা নির্ধারণের প্রক্রিয়া সম্পন্ন করার আলোচনা করার জন্য DDS-কে অনুমতি দিচ্ছি।

______________ ______________

আবেদনকারী/আইনগত অভিভাবকের স্বাক্ষর তারিখ

ম্যাসাচুসেটস কমনওয়েলথ
উন্নয়নমূলক সেবা বিভাগ

তথ্য ফরম প্রকাশের জন্য অনুমোদন

বিভাগ I. ব্যক্তিগত তথ্য:

ব্যক্তির নাম: ______________________ অন্যান্য নাম: ______________________

ঠিকানা: ______________________ ফোন: ______________________

____

____

সামাজিক সুরক্ষা: ______________________ জন্মতারিখ: ______________________

☐ আমি এতদ্বারা বিকাশমূলক সেবা বিভাগকে নিম্নলিখিত তথ্যের নিচে বিভাগ II-এ উল্লিখিত নামের সেবা প্রদানকারী, সংস্থা, সত্তা বা ব্যক্তির কাছে প্রকাশ করার জন্য অনুমোদন দিচ্ছি:

☐ আমি এতদ্বারা নিম্নলিখিত তথ্যের নিচে বিভাগ II-এ উল্লিখিত নামের সেবা প্রদানকারী, সংস্থা, সত্তা বা ব্যক্তকে বিকাশমূলক সেবা বিভাগের কাছে নিম্নবর্ণিত তথ্য প্রকাশ করার জন্য অনুমোদন দিচ্ছি:

☐ মনস্তাত্ত্বিক পরীক্ষা
☐ চিকিৎসার ইতিহাস
☐ শিক্ষার ইতিহাস
☐ পরিপূর্ণ রেকর্ড
☐ ওষুধ সেবনের ইতিহাস
☐ ITP/ISP
☐ অন্যান্য সেবা পরিকল্পনা
☐ অভিভাবকত্বের নথিপত্র
☐ হাসপাতালের প্রতিবেদনসমূহ
☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন) ______________________

____

বিভাগ II. অনুমোদিত গ্রহণকারী। আমি নিচে তালিকাভুক্ত সেবা প্রদানকারী, সংস্থা, সত্তা বা ব্যক্তিকে বিভাগ I-এ তালিকাভুক্ত তথ্য বিকাশমূলক সেবা বিভাগের সাথে শেয়ার/তাদের থেকে গ্রহণ করার বিষয়ে আমার অনুমতি প্রদান করছি:

____
নাম

____
প্রতিষ্ঠান

____
ঠিকানা

বিভাগ III. প্রকাশের উদ্দেশ্য। অনুগ্রহ করে তথ্যের ব্যবহার বা প্রকাশের উদ্দেশ্য বর্ণনা করুন (যেমন, চিকিৎসা সেবা, আইনি, বিমা, ব্যক্তিগত, ইত্যাদি - নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন। আপনি কোনো কারণ তালিকাভুক্ত করতে না চাইলে কেবল লিখতে পারেন: "আমার অনুরোধে," আপনি অনুরোধ শুরু করে থাকলে)

____

ম্যাসাচুসেটস আইন এবং বিভাগীয় প্রবিধান এবং নীতি অনুযায়ী এই তথ্যের অন্য কোনো ব্যবহার বা প্রকাশ নিষিদ্ধ।

বিভাগ IV. অতিরিক্ত প্রকাশ। বিকাশমূলক সেবা বিভাগ অথবা বিভাগ II-এ তালিকাভুক্ত সেবা প্রদানকারী, সংস্থা, সত্তা বা ব্যক্তি এই ব্যক্তি(বর্গ) বা সংস্থার সাথে আমার তথ্য শেয়ার করতে পারে:

____

নাম

____

প্রতিষ্ঠান

____

ঠিকানা

বিভাগ V. সত্যায়ন। উপরোক্ত তথ্য প্রকাশের সুবিধা এবং অসুবিধা সম্পর্কে আমাকে অবহিত করা হয়েছে এবং আমি স্বেচ্ছায় প্রকাশ কার্যকর করছি। আমি বুঝতে পারছি যে, যেকোনো সময় অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার রয়েছে । আমি এই অনুমোদন প্রত্যাহার করলে আমাকে অবশ্যই লিখিতভাবে তা করতে হবে এবং তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমোদিত ব্যক্তি/প্রতিষ্ঠান/সংস্থার কাছে তা উপস্থাপন করতে হবে। আমি বুঝতে পারছি যে, এই অনুমোদনের প্রতিক্রিয়া হিসাবে ইতোমধ্যে প্রকাশিত তথ্যের ক্ষেত্রে প্রত্যাহার প্রযোজ্য হবে না।

এই অনুমোদনের মেয়াদ ________________ (তারিখ বা ঘটনা - **অবশ্যই এক বছরের বেশি হবে না**) শেষ হবে। আমি বুঝতে পারছি যে, উপরের তথ্য প্রকাশ করা হলে গ্রহণকারী তা পুনরায় প্রকাশ করতে পারে এবং তথ্য কেন্দ্রীয়/ফেডারেল বা অঙ্গরাজ্যের গোপনীয়তা আইন বা প্রবিধান দ্বারা সুরক্ষিত নাও হতে পারে। আমি বুঝতে পারছি যে, উপরে চিহ্নিত তথ্যের ব্যবহার বা প্রকাশের অনুমোদন করার বিষয়টি স্বেচ্ছাধীন। আমি বুঝতে পারছি যে, DDS থেকে স্বাস্থ্যসেবা পাওয়া অব্যাহত রাখতে এই ফরমে আমার স্বাক্ষর করার প্রয়োজন নেই।

____ ____________

তথ্য সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি বা তার অভিভাবকের স্বাক্ষর তারিখ

____

নাম লিখুন (এবং অভিভাবক বা অন্য আইনি/অনুমোদিত প্রতিনিধি কর্তৃক স্বাক্ষরিত হলে আইনি কর্তৃপক্ষ চিহ্নিত করুন)

বিভাগ IV. নির্দিষ্ট অনুমোদন। আমি বিশেষভাবে নিম্নলিখিত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিচ্ছি (অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলোতে টিক দিন):

☐ M.G.L. c.111 S.70F, HIV/AIDS নির্ণয় বা HIV/AIDS চিকিৎসা দ্বারা সুরক্ষিত আমার চিকিৎসা রেকর্ডে HIV অ্যান্টিবডি এবং অ্যান্টিজেন পরীক্ষা সংক্রান্ত তথ্য আমি বিশেষভাবে প্রকাশের বিষয়টি অনুমোদন করছি।

☐ ফেডারেল প্রবিধান, 42 CFR, খণ্ড 2 দ্বারা সুরক্ষিত আমার চিকিৎসা রেকর্ডের অ্যালকোহল বা ড্রাগ চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য আমি বিশেষভাবে প্রকাশের বিষয়টি অনুমোদন করছি।

____ ____________

তথ্য সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি বা অভিভাবকের স্বাক্ষর তারিখ

নির্দেশনা:

1. বৈধ বিবেচিত হওয়ার জন্য এই ফরম অবশ্যই সম্পূর্ণরূপে (বিশেষভাবে অনুমোদিত প্রকাশ ছাড়া) পূরণ করতে হবে।
2. নিশ্চিত করুন যে, পৃষ্ঠা 2-এ তালিকাভুক্ত মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ বা ঘটনা বাস্তব।
3. **অনুলিপি বিতরণ: সেবা প্রদানকারীর কাছে মূল কপি; ব্যক্তি বা ব্যক্তিগত প্রতিনিধিকে অনুলিপি; ব্যক্তি/কেন্দ্র/সংস্থাকে অনুরোধসহ অনুলিপি।**

DDS যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য অনুমোদন

আমি বিকাশমূলক সেবা বিভাগ (DDS) কর্তৃক সেবার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের বিষয়টি পরিচালনা করার অনুরোধ করছি। আমার আবেদন সম্পূর্ণরূপে প্রক্রিয়া না করা পর্যন্ত বা আমি তা প্রত্যাহার করেছি মর্মে লিখিতভাবে DDS-কে অবহিত না করা পর্যন্ত এই অনুমতি বৈধ থাকবে।

এর জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য অনুমোদনের স্বাক্ষর: ____
আবেদনকারীর নাম

☐ আবেদনকারী ☐ আইনি অভিভাবক

____ ______________________________
আবেদনকারী/আইনগত অভিভাবকের স্বাক্ষর তারিখ

____ ______________________________
আবেদনকারী/আইনগত অভিভাবকের নাম লিখুন আইনগত অভিভাবকের পূর্ণ ঠিকানা

_______-_______-_______ _______-_______-_______
মূখ্য # গৌণ #

DDS-এ আবেদন জমা দেওয়ার জন্য চূড়ান্ত নির্দেশনা

- এই আবেদনের সমস্ত তথ্য প্রদান সম্পন্ন হয়েছে মর্মে নিশ্চিত করুন
- এই আবেদনের প্রয়োজনীয় সমস্ত স্বাক্ষর প্রদান সম্পন্ন হয়েছে মর্মে নিশ্চিত করুন
- এই আবেদনে অনুরোধকৃত সমস্ত কাগজপত্র সংযুক্ত করুন
- পরবর্তী পৃষ্ঠাসমূহে গোপনীয়তা চর্চার বিজ্ঞপ্তিটি পড়ুন (4 পৃষ্ঠা)
  - আপনার নিজের রেকর্ডের জন্য গোপনীয়তা চর্চার বিজ্ঞপ্তির চারটি পৃষ্ঠা রেখে দিন
  - আবেদনের সাথে গোপনীয়তা চর্চা অনুমোদন ফরমের বিজ্ঞপ্তিতে স্বাক্ষর করুন এবং তা ফেরৎ পাঠান

এই সম্পূর্ণ প্যাকেট নিচে উল্লিখিত আপনার স্থানীয় DDS আঞ্চলিক অফিস, প্রযত্নে আঞ্চলিক যোগ্যতা দল বরাবর পাঠিয়ে দিন। আপনার আবেদন এবং প্রয়োজনীয় সংযুক্তি পাঠানোর আগে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে নির্দ্বিধায় আপনার স্থানীয় আঞ্চলিক যোগ্যতা দলের সাথে যোগাযোগ করবেন।

DDS মধ্য/পদ ধশ্চক্ষম ল
One Federal Street
Bldg. 111-2
Springfield, MA 01105
ইনটেক লাইন: **(413)-205-0940**
ফ্যাক্স: (413) 205-1603

DDS মেরো অ ল
465 Waverley Oaks Road Suite
120 Waltham, MA 02452
ইনটেক লাইন: **(781) 314-7513**
ফ্যাক্স781-314-7539

DDS দক্ষিণ-পূর্ব অঞ্চল
151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
ইনটেক লাইন **(508)-866-8800**
ফ্যাক্স নম্বর: (508) 866-8859

DDS উত্তর-পূর্ব অঞ্চল
Hogan Regional Center
PO Box A Hathorne, MA 01937
ইনটেক লাইন: **(978) 774-5000 x850**
ফ্যাক্স 978-739-0420

ম্যাসাচুসেটস কমনওয়েলথ

স্বাস্থ্য ও মানব সেবার নির্বাহী অফিস

উন্নয়নমূলক সেবা বিভাগ

<u>গোপনীয়তা চর্চা অনুমোদন ফরমের বিজ্ঞপ্তি</u>

আবেদনকারীর নাম ______________________________

প্রতিষ্ঠান/অঞ্চল/এলাকা/কর্মসূচি: ______________________________

আমি <u>গোপনীয়তা চর্চার DDS বিজ্ঞপ্তির</u> অনুলিপি পর্যালোচনা করেছি

স্বাক্ষর: ______________________________ তারিখ ____________

স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য আইনি কর্তৃত্বসহ ব্যক্তি বা ব্যক্তির প্রতিনিধি

কোনো ব্যক্তির প্রতিনিধি কর্তৃক স্বাক্ষরিত হলে:

নাম লিখুন: ______________________________

ভূমিকা: ______________________________ (বাবা-মা/অভিভাবক ইত্যাদি)

সাক্ষী: ______________________________ তারিখ: ____________

DDS প্রাইভেসি হ্যান্ডবুক অনুসারে এই ফরম অবশ্যই উপযুক্ত রেকর্ডে কমপক্ষে ছয় বছরের জন্য ধরে রাখতে হবে

ম্যাসাচুসেটস কমনওয়েলথ

স্বাস্থ্য ও মানব সেবার নির্বাহী অফিস

বিকাশমূলক সেবা বিভাগ

এই নথি আপনার নিজের রেকর্ডের জন্য রাখুন

গোপনীয়তা চর্চা বিষয়ক বিজ্ঞপ্তি

আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্যের ব্যবহার ও প্রকাশ কিভাবে করা হতে পারে এবং আপনি কিভাবে এসব তথ্যে প্রবেশাধিকার পেতে পারেন তা এই বিজ্ঞপ্তিতে বিবৃত করা হয়েছে। অনুগ্রহ করে এটি সতর্কতার সাথে পর্যালোচনা করুন।

উদ্দেশ্য:
এই বিজ্ঞপ্তির লক্ষ্য হলো আপনাকে বিকাশমূলক সেবা বিভাগের গোপনীয়তা চর্চা এবং আমাদের তৈরি বা গৃহীত আপনার চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত রেকর্ডের গোপনীয়তার সুরক্ষা সম্পর্কিত আইনি দায়িত্ব সম্পর্কে অবহিত করা। এই বিজ্ঞপ্তি আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এবং বিভাগের দায়িত্ব সম্পর্কে আপনার অধিকারও ব্যাখ্যা করে। নিচে যেমনটি ব্যাখ্যা করা হয়েছে, আইন অনুযায়ী আপনাকে শনাক্তকারী চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য গোপন রাখার বিষয়টি আমাদের নিশ্চিত করতে হবে।

গোপনীয়তা চর্চার এই বিজ্ঞপ্তির বিষয়বস্তু সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, এই গোপনীয়তা চর্চার বিজ্ঞপ্তির কোনো তথ্য সম্পর্কে আপনার বিভাগের কারো সাথে যোগাযোগ করার প্রয়োজন হলে, অথবা আপনার বিভাগের গোপনীয়তা চর্চা সম্পর্কে কোনো অভিযোগ থাকলে আপনি বিভাগের গোপনীয়তা অফিসের সাথে এখানে যোগাযোগ করতে পারেন:

গোপনীধ ত্মকর্মকর্তা
বিকাশমূলক সবো বিভাগ
1000 Washington Street
Boston, MA 02118
(888) 367-4435, ext. 7717

I. স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্য কী?

স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্য (**PHI**) হলো আপনার অতীত, বর্তমান বা ভবিষ্যৎ স্বাস্থ্য বা অবস্থা সম্পর্কিত সেই তথ্য, যা বিভাগ আপনাকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান বা স্বাস্থ্যসেবার জন্য অর্থ প্রদানের বিষয়ে সংগ্রহ করে। আমাদের গোপনীয়তা নীতি, বা প্রযোজ্য আইনের উপর ভিত্তি করে নির্বিশেষে আপনার গোপনীয়তা এবং আপনার সম্পর্কে আমাদের কাছে বিদ্যমান যেকোনো ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য সুরক্ষা করার জন্য বিভাগের একটি দীর্ঘকালীন প্রতিশ্রুতি রয়েছে। ফেডারেল আইন অনুযায়ী আমাদের গোপনীয়তা চর্চা সম্পর্কে এই বিজ্ঞপ্তি আপনাকে প্রদান করতে হবে, যা আমরা কিভাবে, কখন, এবং কেন আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারি সেটা ব্যাখ্যা করে।

আপনি বিকাশমূলক সেবা বিভাগের যেকোনো অফিসে বিজ্ঞপ্তির অনুলিপির জন্য অনুরোধ জানাতে পারেন। এটি www.dds.state.ma.us-এ আমাদের ওয়েবসাইটেও পোস্ট করা হয়েছে।

II. কিভাবে বিভাগ আপনার PHI ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারে?

আপনাকে সেবা প্রদান করার জন্য DDS-কে অবশ্যই বিভিন্ন উপায়ে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে হবে। *আপনার অনুমতি ছাড়াই* অনুমোদিত PHI-এর ব্যবহার এবং প্রকাশের ধরনের উদাহরণ নিচে দেওয়া হলো।

সাধারণত, বিভাগ নিম্নরূপভাবে আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারে:

- **চিকিৎসার জন্য** DDS আপনাকে চিকিৎসা বা সেবা প্রদানের জন্য আপনার সম্পর্কিত PHI ব্যবহার করতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, আপনার চিকিৎসা দলের সদস্যরা আপনার সেবার জন্য পরিকল্পনা তৈরি এবং বাস্তবায়নের লক্ষ্যে আপনার PHI সম্পর্কে অভ্যন্তরীণভাবে আলোচনা করতে পারে। DDS আপনার চিকিৎসা পরিচর্যার সাথে জড়িত হতে পারে বিভাগের বাইরের এমন লোক বা সেবা প্রদানকারীদের কাছেও আপনার সম্পর্কিত PHI প্রকাশ করতে পারে, তবে তা করার জন্য শুধুমাত্র ন্যূনতম প্রয়োজনীয় তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করা হবে।

- **পেমেন্ট পাওয়ার জন্য:** আপনার স্বাস্থ্যসেবার জন্য বিল এবং পেমেন্ট সংগ্রহ করার লক্ষ্যে DDS আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারে। উদাহরণস্বরূপ, DDS আপনার PHI-এর কিছু অংশ মেডিকেইড কর্মসূচি, সামাজিক নিরাপত্তা অফিস, বিভাগের কর্মচারি বা কোনো ব্যক্তিগত বিমাকারীর কাছে প্রকাশ করতে পারে।

- **স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত কার্যক্রমের জন্য:** বিভাগের কেন্দ্র, অফিস, বিকাশ কেন্দ্র এবং বিভাগের অন্যান্য সমস্ত কর্মসূচি পরিচালনার সময় আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারে DDS। এই ব্যবহার এবং প্রকাশ আমাদের সমস্ত ভোক্তার মানসম্পন্ন পরিচর্যা প্রাপ্তি নিশ্চিত করাসহ আমাদের কর্মসূচি পরিচালনা করার জন্য প্রয়োজন। উদাহরণস্বরূপ, আমরা আমাদের চিকিৎসা এবং সেবা পর্যালোচনা করতে এবং আপনার পরিচর্যা করার ক্ষেত্রে বিভাগ এবং/অথবা সেবা প্রদানকারীর কর্মীদের কর্মক্ষমতা মূল্যায়ন করতে মান উন্নয়নের জন্য আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি। আমরা পর্যালোচনা এবং শেখার উদ্দেশ্যে উপরে তালিকাভুক্ত ডাক্তার, নার্স, কারিগর, মেডিকেল শিক্ষার্থী এবং অন্যান্য কর্মীর কাছে তথ্য প্রকাশ করতে পারি। ম্যাসাচুসেটস অঙ্গরাজ্যের অন্যান্য সংস্থার কাছ থেকে আপনার তথ্য গ্রহণের বা তাদের সাথে তা বিনিময় করার প্রয়োজন হতে পারে।

আইন এই সুযোগ প্রদান করে যে, আমরা নিম্নলিখিত পরিস্থিতিতে সম্মতি বা অনুমোদন ছাড়াই আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারি:

- **আইন অনুযায়ী এবং নির্দিষ্ট সরকারি কার্যাবলীর জন্য প্রয়োজন হলে:** কোনো আইন অনুযায়ী আমাদের সন্দেহজনক অবমাননা, অবহেলা বা পারিবারিক সহিংসতা, বা সন্দেহজনক অপরাধমূলক কার্যকলাপের সাথে সম্পর্কিত, বা আদালতের আদেশের প্রতিক্রিয়া হিসাবে তথ্য জানানোর প্রয়োজন হলে PHI প্রকাশ করতে পারে DDS। আমরা এই গোপনীয়তার আবশ্যিকতা প্রতিপালন নিরীক্ষণকারী কর্তৃপক্ষের কাছেও PHI প্রকাশ করতে পারি। কর্মীদের ক্ষতিপূরণ দাবির জন্য এবং প্রেসিডেন্টের সুরক্ষার মতো জাতীয় নিরাপত্তার কারণে মেডিকেইড-এর মতো যোগ্যতা এবং তালিকাভুক্তি সংক্রান্ত সরকারি কল্যাণ কর্মসূচিতেও আমরা PHI প্রকাশ করতে পারি।

- **জনস্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা কার্যক্রমের জন্য:** রোগ বা আঘাত সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করতে হলে বা জনস্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষের কাছে গুরুত্বপূর্ণ পরিসংখ্যান প্রতিবেদন করতে হলে, প্রতিকূল ওষুধের প্রতিক্রিয়া প্রতিবেদন করতে হলে, পণ্য ফেরৎ নিতে হলে বা রোগ প্রতিরোধ করতে হলে PHI প্রকাশ করতে পারে DDS।

- **স্বাস্থ্য তদারকির কার্যক্রমের জন্য:** অস্বাভাবিক ঘটনার রিপোর্টিং বা তদন্ত, এবং মেডিকেইড কর্মসূচি পর্যবেক্ষণের মতো উদ্দেশ্যে DDS স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা নিরীক্ষণের জন্য বিভাগের মধ্যে বা অন্যান্য সংস্থার কাছে PHI প্রকাশ করতে পারে।

- **মৃতদের সাথে সম্পর্কিত:** করোনার, স্বাস্থ্য পরীক্ষক, বা অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালকদের এবং অঙ্গ, চক্ষু, বা টিস্যু দান বা প্রতিস্থাপন সম্পর্কিত অঙ্গ সংগ্রহকারী সংস্থার কাছে DDS মৃত্যু সম্পর্কিত PHI প্রকাশ করতে পারে। অভ্যন্তরীণ বা বাহ্যিক তদন্তের ক্ষেত্রেও তথ্য প্রকাশ করা যেতে পারে।

- **গবেষণা, নিরীক্ষা বা মূল্যায়নের উদ্দেশ্যে:** নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে, এবং কোনো গবেষণা পর্যালোচনা কমিটির তত্ত্বাবধানে, DDS গবেষণায় সহায়তা করার জন্য অনুমোদিত গবেষক এবং তাদের মনোনীত ব্যক্তিদের কাছে PHI প্রকাশ করতে পারে।

- **মামলা ও আইনি পদক্ষেপে সাড়া প্রদানের জন্য:** আদালত বা প্রশাসনিক আদেশের প্রতিক্রিয়ায়, বা G.L. c. 123B, § 17 (DDS রেকর্ডের গোপনীয়তা); G.L. c. 66A, § 2 (ন্যায্য তথ্য চর্চা আইন); G.L. c. 111, § 70(f) (HIV পরীক্ষা); G.L. c. 111B, § 11 (অ্যালকোহল চিকিৎসা); এবং G.L. c. 111E, § 18 (ড্রাগ চিকিৎসা)-সহ (তবে এতেই সীমাবদ্ধ নয়) অঙ্গরাজ্যের বা ফেডারেল আইন দ্বারা অনুমোদিত মাত্রায় সপিনা সমনের প্রতিক্রিয়ায় DDS আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করতে পারে।

- **স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার প্রতি হুমকি এড়াতে:** স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার জন্য গুরুতর হুমকি এড়াতে DDS আইন প্রয়োগকারী সংস্থা বা যুক্তিসঙ্গতভাবে ক্ষতির হুমকি প্রতিরোধ বা হ্রাস করতে পারে এমন অন্য ব্যক্তিদের কাছে PHI প্রকাশ করতে পারে।

III. আপনার অনুমোদনের প্রয়োজন PHI-এর এমন ব্যবহার এবং প্রকাশ।

ব্যবহার বা প্রকাশ উপরে বর্ণিত ব্যতিক্রমের অন্তর্ভুক্ত না হলে চিকিৎসা, পেমেন্ট এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের উদ্দেশ্য ছাড়া অন্য ব্যবহার এবং প্রকাশের জন্য আমাদের কাছে আপনার লিখিত অনুমোদন থাকতে হবে। আপনার অনুমোদনের উপর নির্ভর করে ইতোমধ্যেই আমাদের গৃহীত পদক্ষেপের ক্ষেত্র ছাড়া ভবিষ্যতের ব্যবহার/প্রকাশ বন্ধ করার জন্য যেকোনো সময় অনুমোদন প্রত্যাহার করা যেতে পারে।

IV. আপনি আপত্তি না করলে পরিবার, বন্ধুবান্ধব এবং অন্যান্যদের দ্বারা সীমিত ব্যবহার এবং তাদের কাছে প্রকাশ

আমরা আপনাকে প্রকাশের বিষয়ে আগাম অবহিত করলে এবং আপনি আপত্তি না করলে, আইন অনুযায়ী অন্যভাবে প্রকাশ নিষিদ্ধ না হলে আমরা আপনার PHI সীমিত পরিসরে পরিবার, বন্ধুবান্ধব বা আপনার পরিচর্যার সাথে জড়িত অন্যদের কাছে প্রকাশ করতে পারি।

V. কিভাবে DDS আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্য শেয়ার করবে সে সম্পর্কে আপনার পছন্দ

স্বাস্থ্য সংক্রান্ত কিছু তথ্যের ক্ষেত্রে আমরা কিভাবে/কী শেয়ার করতে পারি আপনি সে সম্পর্কে DDS-কে আপনার পছন্দ জানাতে পারেন। এসব ক্ষেত্রে আপনার DDS-কে যা বলার সুযোগ ও অধিকার দুই-ই আছে তা হলো:

- আপনার পরিবারের লোকজন, ঘনিষ্ঠ বন্ধুবান্ধব বা আপনার পরিচর্যার সঙ্গে সম্পর্কিত অন্যান্যের সঙ্গে তথ্য শেয়ার করা;
- দুর্যোগ প্রশমন পরিস্থিতিতে তথ্য শেয়ার করা;
- কোনো হাসপাতাল/কেন্দ্রের ডিরেক্টরিতে আপনার তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা;
- তহবিল সংগ্রহের প্রচেষ্টার জন্য আপনার সাথে যোগাযোগ করা।

আপনি অচেতন হওয়ার মতো আমাদেরকে আপনার পছন্দ জানাতে সক্ষম না হওয়ার ক্ষেত্রে, আপনার স্বার্থের জন্য সর্বোত্তম হবে বলে আমরা মনে করলে DDS আপনার তথ্য শেয়ার করতে পারে। স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার জন্য কোনো গুরুতর এবং আসন্ন হুমকি হ্রাসের জন্য প্রয়োজন হলে আমরা আপনার তথ্য শেয়ার করতে পারি।

VI. নিষিদ্ধ প্রকাশ

অনুমোদনের জন্য আপনি লিখিত অনুমতি প্রদান না করলে বিভাগ কখনো বিপণনের উদ্দেশ্যে, আপনার তথ্য বিক্রির জন্য বা আপনার সাইকোথেরাপি নোটের বেশিরভাগ শেয়ার করার জন্য আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করবে না। তহবিল সংগ্রহের ক্ষেত্রে DDS তহবিল সংগ্রহের প্রচেষ্টার জন্য আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারে - তবে আপনি DDS-কে আপনার সাথে আর যোগাযোগ না করার পরামর্শ দিতে পারেন।

VII. আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্যে আপনার অধিকার

স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্যের বিষয়ে আপনার নিম্নবরর্ণিত অধিকার রয়েছে:

- **গোপনীয়তা চর্চার এই বিজ্ঞপ্তির একটি অনুলিপি পাওয়া:** আপনি যেকোনো সময় DDS-এর কাছে এই বিজ্ঞপ্তির কাগুজে অনুলিপি চাইতে পারেন।
- **আপনার PHI এর অনুলিপি দেখা এবং এর জন্য অনুরোধ জানানো:** সুস্পষ্ট এবং নথিভুক্ত চিকিৎসার কারণে আপনার রেকর্ডে অ্যাক্সেস সীমাবদ্ধ না হলে আপনার লিখিত অনুরোধের ভিত্তিতে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কাগুজে এবং ইলেকট্রনিক সুরক্ষিত তথ্যের অনুলিপি দেখা এবং পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে। আপনার সেবা সমন্বয়কারী বা আঞ্চলিক অফিসের মাধ্যমে গোপনীয়তা কর্মকর্তার কাছে অনুরোধ জানাতে হবে। DDS 30 দিনের মধ্যে আপনার অনুরোধে সাড়া দেবে। আপনি আপনার PHI-এর কপি চাইলে মূল্য ধার্য করা হতে পারে।
- **আপনার পক্ষে কাজ করার জন্য কাউকে নির্বাচন করা:** আপনি কোনো ব্যক্তিকে চিকিৎসা সম্পর্কিত মোক্তারনামা দিলে বা কোনো ব্যক্তি আপনার আইনি অভিভাবক হিসেবে কাজ করলে সেই ব্যক্তি আইন দ্বারা অনুমোদিত মাত্রায় আপনার পক্ষে আপনার অধিকার প্রয়োগ এবং আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের ব্যাপারে পছন্দ ব্যক্ত করতে পারেন। DDS আইন দ্বারা অনুমোদিত মাত্রায় আপনার আইনিভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধির অনুরোধ/পছন্দের প্রতি সম্মান প্রদর্শন করবে।
- **ব্যবহার/প্রকাশের উপর বিধিনিষেধের অনুরোধ জানানো:** আমরা কিভাবে আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করি অথবা চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবার কার্যক্রমের জন্য স্বাস্থ্য সম্পর্কিত নির্দিষ্ট তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার না করার অনুরোধ করি, DDS এর সেই সীমার বিষয়ে অনুরোধ জানানোর অধিকার আপনার রয়েছে। বিভাগ আপনার অনুরোধ বিবেচনা করবে, তবে তা আপনার পরিচর্যা বা সেবার ব্যবস্থাকে প্রভাবিত করার সম্ভাবনা থাকলে আইনত বিধিনিষেধে সম্মতি দিতে বাধ্য নয়। আপনি সেবা বা স্বাস্থ্যসেবার আইটেমের জন্য সম্পূর্ণরূপে অর্থ পরিশোধ করলে আপনি DDS-কে আপনার স্বাস্থ্য বিমাকারীর সাথে পেমেন্ট বা আমাদের কার্যক্রমের উদ্দেশ্যে সে তথ্য শেয়ার না করার অনুরোধ জানাতে পারেন।
- **আমরা কিভাবে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারি তা নির্ধারণ করা:** DDS কর্তৃক গোপন যোগাযোগের মাধ্যমে আপনার সাথে যোগাযোগ করার অনুরোধসহ আপনাকে বিকল্প ঠিকানায় বা বিকল্প উপায়ে তথ্য পাঠানোর জন্য অনুরোধ জানানোর অধিকার আপনার রয়েছে।

- **আপনার PHI সংশোধনের অনুরোধ জানানো:** আপনার PHI সম্পর্কিত আমাদের রেকর্ডে কোনো ভুল বা তথ্য ঘাটতি রয়েছে বলে আপনার মনে হলে আপনি তা সংশোধন বা রেকর্ডে অন্তর্ভুক্ত করার জন্য DDS-কে লিখিতভাবে অনুরোধ জানাতে পারেন। DDS আপনার অনুরোধ পাওয়ার 60 দিনের মধ্যে তাতে সাড়া দেবে। যেকোনো প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে প্রত্যাখ্যানের কারণ বর্ণনা করা হবে এবং আপনার অনুরোধের অধিকার ও প্রত্যাখ্যান ব্যাখ্যা করা হবে, সেইসাথে PHI-এ আপনার প্রদত্ত তথ্য, সংযোজনের প্রতিক্রিয়ায় বিবৃতিও পাঠানো হবে।

- **কী প্রকাশ করা হয়েছে তার একটি বিবরণের জন্য অনুরোধ জানানো:** কখন, কার কাছে, কী উদ্দেশ্যে এবং আপনার PHI-এর কোন বিষয়বস্তু প্রকাশিত হয়েছে নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে সেসবের একটি তালিকা পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।

- **অভিযোগ দায়ের করা:** DDS আপনার গোপনীয়তার অধিকার লঙ্ঘন করেছে বলে আপনি মনে করলে, বা আপনার PHI-এ অ্যাক্সেসের বিষয়ে বিভাগ যে সিদ্ধান্ত নিয়েছে তার সাথে আপনি একমত না হলে, আপনি DDS-এর গোপনীয়তা কর্মকর্তার কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। . . আপনি 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.20201-এ চিঠি পাঠিয়ে মার্কিন নাগরিক অধিকারের জন্য স্বাস্থ্য ও মানব সেবা অফিস বিভাগে, 1-877-696-6775 নম্বরে কল করে, অথবা www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/compaints/-এ HHS-এর ওয়েবসাইটে গিয়েেও অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। আপনি এমন কোনো অভিযোগ করলে বিভাগ আপনার বিরুদ্ধে কোনো প্রতিশোধমূলক ব্যবস্থা নেবে না।

VIII. DDS-এর গোপনীয়তা এবং নিরাপত্তা সম্পর্কিত দায়িত্ব

আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্যের বিষয়ে বিভাগের নিম্নলিখিত দায়িত্ব রয়েছে:

- **আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করা:** আইন অনুসারে DDS-কে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্যের গোপনীয়তা এবং নিরাপত্তা বজায় রাখতে হবে।

- **লঙ্ঘন সম্পর্কে আপনাকে অবহিত করা:** আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অনিরাপদ তথ্যের গোপনীয়তা বা নিরাপত্তার সাথে আপসমূলক হতে পারে নিরাপত্তা সম্পর্কিত এমন কোনো লঙ্ঘন হলে DDS দ্রুত আপনার সাথে যোগাযোগ করবে।

- **গোপনীয়তা চর্চা বিষয়ক বিজ্ঞপ্তি:** DDS-কে অবশ্যই এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত কর্তব্য এবং গোপনীয়তার চর্চা মেনে চলতে হবে এবং এগুলোর অনুলিপি আপনাকে প্রদান করতে হবে।

- **অনুমোদিত ব্যবহার ও প্রকাশ** লিখিতভাবে আপনার দ্বারা অনুমোদিত না হলে DDS এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত ক্ষেত্র ছাড়া আপনার তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করবে না। এছাড়াও আপনি আপনার মন পরিবর্তন করতে এবং যেকোনো সময় লিখিতভাবে বিভাগের সাথে যোগাযোগ করে আপনার অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারেন।

আরও তথ্যের জন্য দেখুন: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

প্রয়োগ এবং কার্যকর হওয়ার তারিখ:

এই বিজ্ঞপ্তি বিভাগের সাথে সংগঠিত স্বাস্থ্য পরিচর্যা ব্যবস্থায় (OHCA) জড়িত কোনো ব্যক্তি বা সংস্থা কর্তৃক PHI-এর ব্যবহার বা প্রকাশসহ সমস্ত বিভাগীয় কেন্দ্র, অফিস, বিকাশমূলক বা আঞ্চলিক কেন্দ্র এবং বিভাগের অন্যান্য সমস্ত কর্মসূচিতে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সুরক্ষিত তথ্যের ব্যবহার বা প্রকাশের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। DDS-এর OHCA-এ জড়িত যেকোনো ব্যক্তি বা সত্তা এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত DDS-এর দায়িত্ব এবং গোপনীয়তা চর্চা মেনে চলবে।

এই বিজ্ঞপ্তি এপ্রিল 14, 2003 (সেপ্টেম্বর 1, 2014 তারিখের সংশোধনসহ) থেকে কার্যকর। বিভাগ যেকোনো সময় গোপনীয়তা চর্চা এবং এই বিজ্ঞপ্তির শর্তাবলিতে পরিবর্তন করার অধিকার সংরক্ষণ করে। অনুরোধের ভিত্তিতে যেকোনো DDS অফিসে এবং বিভাগের ওয়েবসাইটে নতুন বিজ্ঞপ্তি পাওয়া যাবে।

ম্যাসাচুসেটস কমনওয়েলথ
উন্নয়নমূলক সেবা বিভাগ
আঞ্চলিক শাখা এবং যোগ্যতা
আঞ্চলিক নগর/শহরসমূহ

DDS ্য/পশ্চিম অ আ যোগ্যতা

স ন্নবব ক

One Federal Street

Bldg. 111-2

Springfield, MA 01105

ইনটেক লাইন: (413)-205-0940

ফ্যাক্স : (413) 205-1605

<u>কেন্দ্রীয়/পশ্চিমাঞ্চলীয় নগর এবং শহরসমূহ:</u>

অ্যাডামস, অ্যাগাওয়াম, অ্যালফোর্ড, অ্যামহার্স্ট, অ্যাশবার্নহ্যাম, অ্যাশবি, অ্যাশফিল্ড, অ্যাশলে ফলস, অ্যাথল, অবার্ন, আয়ার, বাল্ডউইনভিল, ব্যারে, বেকেট, বেলচারটাউন, বেলিংহাম, বার্লিন, বার্নার্ডস্টন, ব্ল্যাকস্টোন, ব্ল্যান্ডফোর্ড, বোল্টন, বয়লস্টন, ব্রিকফিল্ড, ব্রুকফিল্ড, বাকল্যান্ড, শার্লমন্ট, চার্লটন, চেরি ভ্যালি, চেশায়ার, চেস্টার, চেস্টারফিল্ড, চিকোপি, ক্লার্কসবার্গ, ক্লিনটন, কলরেইন, কনওয়ে, কামিংটন, ডাল্টন, ডিয়ারফিল্ড, ডগলাস, ডুডলি, ইস্ট ব্রুকফিল্ড, ইস্টহ্যাম্পটন, ইস্ট লংমেডো, এগ্রিমন্ট, এরভিং, ফিডিং হিলস, ফিচবার্গ, ফ্লোরিডা, ফ্র্যাঙ্কলিন, গার্ডনার, গিল, গোশেন, গ্রাফটন, গ্র্যানবি, গ্র্যানভিল, গ্রোটন, গ্রেট ব্যারিংটন, গ্রিনফিল্ড, হ্যাডলি, হ্যানকক, হ্যাম্পডেন, হার্ডউইক, হার্ভার্ড, হ্যাটফিল্ড, হলি, হিথ, হিনসডেল, হোল্ডেন, হল্যান্ড, হোলিওক, হোপডেল, হাউস্যাটোনিক, হাবার্ডস্টন, হান্টিংটন, ইন্ডিয়ান অর্চার্ড, ল্যাঙ্কাস্টার, ল্যান্সবরো, লি, লিডস, লিসেস্টার, লেনক্স, লিওমিনস্টার, লেভেরেট, লেডেন, লংমিডো, লাডলো, লুনেনবার্গ, মেডওয়ে, মেন্ডন, মিডলফিল্ড, মিলার্স ফলস, মিলফোর্ড, মিলবেরি, মিলভিল, মনরো, মনসন, মন্টেগ, মন্টেরি, মন্টগোমারি, মাউন্ট ওয়াশিংটন, নিউ এসফোর্ড, নিউ ব্রেইনট্রি, নিউ মার্লবরো, নিউ সালেম, নর্থ অ্যাডামস, নর্দাম্পটন, নর্থব্রিজ, নর্থফিল্ড, নর্থ ব্রুকফিল্ড, ওকহ্যাম, অরেঞ্জ, ওটিস, অক্সফোর্ড, পামার, প্যাক্সটন, পেলহ্যাম, পেপারেল, পিটারশ্যাম, পেরু, ফিলিপস্টন, পিটসফিল্ড, প্লেইনফিল্ড, প্রিন্সটন, রিচমন্ড, রো, রয়্যালস্টন, রাসেল, রুটল্যান্ড, স্যান্ডিসফিল্ড, স্যাভয়, শেফিল্ড, শেলবার্ন, শার্লি, শ্রুসবেরি, শুটসবেরি, সাউথব্রিজ, সাউথ ডিয়ারফিল্ড, সাউথ হ্যাডলি, লিওমিনস্টার, সাউদাম্পটন, সাউথউইক, স্পেন্সার, স্প্রিংফিল্ড, স্টার্লিং, স্টারব্রিজ, স্টকব্রিজ, সান্ডারল্যান্ড, সাটন, টেম্পলটন, টোল্যান্ড, টাউনসেন্ড, টার্নার্স ফলস, টাইরিংহাম, আপটন, ইউক্সব্রিজ, ওয়েলস ওয়ার, ওয়ারেন, ওয়ারউইক, ওয়াশিংটন, ওয়েবস্টার, ওয়েন্ডেল, ওয়েস্ট বয়েলস্টন, ওয়েস্ট ব্রুকফিল্ড, ওয়েস্টফিল্ড, ওয়েস্টহ্যাম্পটন, ওয়েস্টমিনস্টার, ওয়েস্ট স্প্রিংফিল্ড, ওয়েস্ট স্টকব্রিজ, হোয়াটলি, হুইটিনসভিল, উইলব্রাহাম, উইলিয়ামসবার্গ, উইলিয়ামসটাউন, উইঞ্চেনডন, উইন্ডসর, ওয়ার্থিংটন, ওরচেস্টার

ম্যাসাচুসেটস কমনওয়েলথ
উন্নয়নমূলক সেবা বিভাগ
আঞ্চলিক শাখা এবং যোগ্যতা
আঞ্চলিক নগর/শহরসমূহ

DDS মেট্রো অঞ্চল
আঞ্চলিক যোগ্যতা সমন্বয়ক
465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
ইনটেক লাইন: (781) 314-7513
ফ্যাক্স নম্বর: (781) 314-7539

মেট্রো অঞ্চলের নগর এবং শহরসমূহ:

অলস্টন, অ্যাশল্যান্ড, বিকন হিল, বেলমন্ট, বোস্টন, ব্রাইটন, ব্রুকলাইন, কেমব্রিজ, ক্যান্টন, চার্লসটাউন, চেলসি, চেস্টনাট হিল, চায়নাটাউন, ডেডহ্যাম, ডরচেস্টার, ডোভার, ডাউনটাউন ক্রসিং, ইস্ট বোস্টন, ফক্সবরো, ফ্রেমিংহ্যাম, হলিস্টন, হপকিন্টন, হাডসন হাইড পার্ক, জ্যামাইকা প্লেইন, মার্লবরো, ম্যাটাপ্যান, মেডফিল্ড, মিলিস, ন্যাটিক, নিডহ্যাম, নিউটন, নরফোক, নর্থবরো, নর্থ ডরচেস্টার, নর্থ এন্ড, নরউড, প্লেইনভিল, রেভার, রোসলিন্ডেল, রক্সবেরি, শ্যারন, শেরবোর্ন, সোমারভিল, সাউথবরো, সাউথ বোস্টন, সাউথ এন্ড, সাডবেরি, ওয়ালপোল, ওয়ালথ্যাম, ওয়াটারটাউন, ওয়েল্যান্ড, ওয়েস্ট রক্সবেরি, ওয়েলেসলি, ওয়েস্টবরো, ওয়েস্টন, ওয়েস্টউড, উইনথ্রপ, ওয়েনথ্যাম

ম্যাসাচুসেটস কমনওয়েলথ
উন্নয়নমূলক সেবা বিভাগ
আঞ্চলিক শাখা এবং যোগ্যতা
আঞ্চলিক নগর/শহরসমূহ

DDS উত্তর-পূর্ব অঞ্চল

আঞ্চলিক যোগ্যতা সমন্বয়ক

Hogan Regional Center
PO Box A
Hathorne, MA 01937
ইনটেক লাইন: (978) 774-5000 x850

ফ্যাক্স নম্বর: (978)739-0420

উত্তর-পূর্ব অঞ্চলের নগর এবং শহরসমূহ:

অ্যাক্টন, অ্যামসবেরি, অ্যান্ডোভার, আর্লিংটন, বেডফোর্ড, বেভারলি, বিলেরিকা, বক্সবরো, বক্সফোর্ড, ব্র্যাডফোর্ড, বার্লিংটন, কার্লাইস, চেমসফোর্ড, কনকর্ড, ড্যানভার্স, ড্রাকাট, ডানস্টেবল, এসেক্স, এভারেট, জর্জটাউন, গ্লচেস্টার, গ্রোভল্যান্ড, হ্যামিল্টন, হ্যাভারহিল, ইপসউইচ, লরেন্স, লেক্সিংটন, লিঙ্কন, লিটলটন, লোয়েল, লিন, লিনফিল্ড, ম্যাল্ডেন, ম্যানচেস্টার, মার্বেলহেড, মেনার্ড, মেডফোর্ড, মেলরোজ, মেরিম্যাক, মেথুয়েন, মিডলটন, নাহান্ট, নিউবেরি, নিউবেরিপোর্ট, নর্থ অ্যান্ডোভার, নর্থ রিডিং, পিবডি, রিডিং, রকপোর্ট, রাউলি, সগাস, সালেম, সলসবেরি, স্টোনহ্যাম, স্টো, সোয়াম্পস্কট, টেক্সবেরি, টপসফিল্ড, টাইংসবরো, ওয়েকফিল্ড, ওয়েনহ্যাম, ওয়েস্ট নিউবেরি, উইলমিংটন, উইনচেস্টার, ওবার্ন, ওয়েস্টফোর্ড

ম্যাসাচুসেটস কমনওয়েলথ

উন্নয়নমূলক সেবা বিভাগ

আঞ্চলিক শাখা এবং যোগ্যতা

আঞ্চলিক নগর/শহরসমূহ

DDS দক্ষিণ-পূর্ব অঞ্চল

আঞ্চলিক যোগ্যতা সমন্বয়ক

151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
ইনটেক লাইন (508)-866-5000

ফ্যাক্স নম্বর (508)-866-8859

দক্ষিণ-পূর্ব অঞ্চলের নগর এবং শহরসমূহ:

অ্যাবিংটন, অ্যাকুশনেট, অ্যাসোনেট, অ্যাটলবরো, অ্যাভন, বার্নস্টেবল, বার্কলি, বোর্ন, ব্রেইনট্রি, ব্রুস্টার, ব্রিজওয়াটার, ব্রকটন, কার্ভার, চ্যাথাম, চিলমার্ক, কোহাসেট, ডার্টমাউথ, ডেনিস, ডাইটন, ডাক্সবেরি, ইস্ট ব্রিজওয়াটার, ইস্টহ্যাম, ইস্টন, এডগারটাউন, ফেয়ারহ্যাভেন, ফল রিভার, ফ্যালমাউথ, ফ্রিটাউন, গে হেড, গোসনল্ড, হ্যালিফ্যাক্স, হ্যানোভার, হ্যান্সন, হার্উইচ, হিংহ্যাম, হলব্রুক, হাল, হায়ানিস, কিংস্টন, লেকভিল, ম্যানসফিল্ড, মেরিয়ন, মার্শফিল্ড, ম্যাশপি, ম্যাটাপয়েসেট, মিডলবরো, মিল্টন, নান্টাকেট, নিউ বেডফোর্ড, নর্থ অ্যাটলবরো, নর্টন, নরওয়েল, ওক ব্লাফস, অরলিন্স, পেমব্রোক, প্লাইমাউথ, প্লাইম্পটন, প্রভিন্সটাউন, কুইন্সি, র‍্যান্ডলফ, রায়নহ্যাম, রেহোবোথ, রচেস্টার, রকল্যান্ড, স্যান্ডউইচ, স্কিচুয়েট, সিকঙ্ক, সমারসেট, স্টাফটন, সোয়ানসি, টনটন, টিসবেরি, ট্রুরো, ওয়্যারহ্যাম, ওয়েলফ্লিট, ওয়েস্ট ব্রিজওয়াটার, ওয়েস্টপোর্ট, ওয়েস্ট টিসবেরি, ওয়েমাউথ, হুইটম্যান, ইয়ারমাউথ