

نیویارک شہر محکمہ تعلیم دندانی صحت کلینک پروگرام -- اسکول کے لیے والدین کا اجازت نامہ

**SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC\***

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

والدین / سرپرست کی معلومات	طالب علم کی معلومات
والدہ آخری نام: _____ پہلا نام: _____	طالب علم کا آخری نام: _____ طالب علم کا پہلا نام: _____
والد آخری نام: _____ پہلا نام: _____	تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____ سال _____ دن _____ مہینہ _____
قانونی سرپرست، اگر اطلاق ہوتا ہو آخری نام: _____ پہلا نام: _____	اسکول: _____ اساتذہ کا نام: _____
قانونی سرپرست کا طالب علم سے رشتہ <input type="checkbox"/> جدی والدین <input type="checkbox"/> والدین کا بھائی یا بہن <input type="checkbox"/> دیگر: _____	طالب علم کا سوشل سکیورٹی نمبر: _____ (اختیاری، لیکن مددگار)
والدین یا سرپرست کی رابطے کی معلومات گھر کا فون: _____ کام کا فون: _____	صنف جنس: <input type="checkbox"/> لڑکا <input type="checkbox"/> لڑکی قومیت: <input type="checkbox"/> ہسپانوی <input type="checkbox"/> سیاہ فام <input type="checkbox"/> سفید فام <input type="checkbox"/> امریکن انڈین <input type="checkbox"/> ایشیائی / بحر الکاہل کا باشندہ <input type="checkbox"/> دیگر _____
سیل: _____ ای میل: _____	طالب علم کا پتہ: _____
ہنگامی حالت میں اضافی (فرد کی) رابطے کی معلومات نام: _____	شہر _____ ریاست _____ زپ کوڈ _____
طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____ گھر کا فون: _____ کام کا فون: _____	اہم طبی سوال کیا آپ کا بچہ کسی ایسی طبی صورت حال کا حامل ہے جس سے اس کے معالجہ دندان میں پیچیدگی آسکتی ہے؟ اس میں دل، سانس کے مسائل، دورے، الرجیز، خون بہنے کے مسائل، چھوت کی بیماریاں، مدافعتی نظام کی بیماریاں وغیرہ شامل ہوسکتی ہیں۔ اگر ہاں، تو وضاحت کریں۔ اگر نہیں تو خالی چھوڑ دیں۔
سیل: _____ ای میل: _____	

**دانتوں کے بیمہ کی معلومات:**

کیا آپ کے بچے کے پاس آپ کے آجر کی جانب سے یا کسی اور قسم کا طبی بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں، صحت کا بیمہ: _____ ممبر آئی ڈی یا سوشل سکیورٹی نمبر: _____ صحتی بیمہ فون نمبر: _____ بیمہ شدہ بالغ شخص کا نام: _____ بیمہ شدہ بالغ فرد کی تاریخ پیدائش: _____	کیا آپ کے بچے کے پاس میڈیکل بیمہ ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں: میڈیکل آئی ڈی # _____
اگر آپ کے بچے کے پاس صحت کا بیمہ نہیں ہے تو کیا آپ چاہتے ہیں کہ صحت کے بیمے کے لیے مندرج ہونے کے واسطے نیو یارک ریاست ہیلتھ مارکیٹ پلیس سے منظور شدہ امدادی فرد آپ سے رابطہ کرے۔ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں آپ سے رابطہ کرنے کے لیے کونسا وقت بہترین ہے؟ _____	کیا آپ کے بچے کے پاس چائلڈ ہیلتھ پلس ہے؟ <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جی ہاں: CHP # _____
	کونسا منصوبہ (پلان)؟ <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> MetroPlus <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield <input type="checkbox"/> MVP دیگر: _____

**اسکول میں قائم صحت کے مراکز کی خدمات کے لیے والدین کا اجازت نامہ**

میں نے اگلے صفحے میں درج خدمات (اسکول میں قائم دندانی خدمات) کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے اور میرے دستخط یہ اجازت فراہم کرتے ہیں کہ میرا بچہ جب تک اسکول میں مندرج ہے، اسکول میں قائم Smile New York Outreach, LLC دندانی صحت کے کلینک کے ذریعے فراہم کردہ خدمات موصول کر سکتا ہے۔ میں Smile New York Outreach, LLC کو تحریری نوٹس بھیج کر کسی وقت بھی اپنی اجازت منسوخ کرسکتا ہوں۔ میں نے مذکورہ بالا اہم طبی سوالات کو پڑھ لیا ہے اور میں 855-481-8639 پر اپنے بچے کی صحت میں کسی بھی نمایاں تبدیلی سے مطلع کروں گا۔ ہم اسکول دندان سازی پروگرام کے لیے ٹیکسٹ میسیج بھیج سکتے ہیں۔ آپ کے وائر لیس خدمات فراہم کنندہ کی جانب سے میسیج اور / یا ڈیٹا کے نرخ کا اطلاق ہو سکتا ہے، منقطع کرنے کے لیے ہماری جانب سے موصول ہونے والے پیغام کا جواب "STOP" میں دیں۔ آپ اس اجازتی فارم پر فراہم کردہ لینڈ لائن اور / یا موبائل ٹیلیفون نمبروں پر اسکول دندان سازی پروگرام کے متعلق ریکارڈ کردہ اور / یا خود کار طور پر ڈائیل کردہ ٹیلیفون کالز موصول کر سکتے ہیں۔ نوٹ: از روئے قانون ان طلباء کے لیے والدینی اجازت درکار نہیں جن کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا وہ طلباء جو والدین ہیں یا قانونی طور پر خودمختار ہیں۔ میرا دستخط یہ ظاہر کرتا ہے کہ مجھے رازداری کے دستور العمل کے نوٹس کی نقل موصول ہوئی ہے۔

X

تاریخ

(یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا جن کو بصورت دیگر ایسا کرنے کی قانونی اجازت ہے)

**صحت کی معلومات افشا کرنے کے لیے HIPAA کی تعمیل کرنے والا والدینی اجازت نامہ**

میں نے اس فارم کے صفحے 2 پر درج صحت کی معلومات کے افشا کرنے کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔ میرے دستخط صحت کی معلومات کو بیان کے مطابق افشا کرنے کی میری اجازت کی تصدیق کرتے ہیں۔

X

تاریخ

(یا طالب علم کے اگر ان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے یا جن کو بصورت دیگر ایسا کرنے کی قانونی اجازت ہے)

براہ کرم اس اجازت نامے کے دونوں صفحات کو جانزہ لینا یقینی بنائیں

## نیویارک شہر محکمہ تعلیم دندانی صحت کلینک پروگرام

اسکول کے لیے والدینی اجازت نامہ

**SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC\***

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101

Phone: 855-469-7473 Fax: 888-330-4331

## اسکول میں قائم دندانی صحت کے مراکز کی خدمات

میں اپنے بچے کو نیویارک ریاست محکمہ صحت کے منظور کردہ اسکول دندانی صحت پروگرام کے حصے کے طور پر Smile New York Outreach, LLC کے ریاستی لائسنس یافتہ صحت پیشہ وران کے ذریعے دندانی صحت کی خدمات وصول کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں Smile New York Outreach, LLC کو تحریری نوٹس بھیج کر کسی وقت بھی اپنی اجازت منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ طالب علم اور دندانی صحت کی خدمات کے فراہم کنندگان کے مابین مخصوص خدمت کے پہلوؤں میں قانون کے مطابق رازداری یقینی بنائی جائے گی، اور یہ کہ طلبا کو انکے والدین یا سرپرستوں کو مشاورت اور دندانی نگہداشت کے فیصلوں میں شریک کرنے کی تاکید کی جائے گی۔ اسکول میں قائم دندانی صحت کے مراکز کی خدمات میں شامل ہے، لیکن انہی تک محدود نہیں، انسدادی دندانی صحت کی خدمات، دانتوں کی درستگی اور ہنگامی علاج۔ انسدادی دندانی صحت کی خدمات میں شامل ہے، لیکن انہی تک محدود نہیں، دانتوں کا جامع معائنہ، دندانی حفظان صحت علاج، ایکس رے، سیلنٹ اور فلوراٹڈ علاج۔ اس میں دانتوں میں کھوکھلا پن (cavities) بڑھنے سے روکنے کے لیے دانتوں کے پیچھے سلور ڈائنامائن فلوراٹڈ لگانا (سلور ڈائنامائن فلوراٹڈ کا استعمال کسی بھی کھوکھلے پن کو بد رنگ کر کے براون یا کالا کر سکتا ہے۔) جامع دندانی معائینے اور انسدادی دندانی صحت کی خدمات کے علاوہ خدمات کے لیے، Smile New York Outreach, LLC کو والدین / سرپرست کو فراہم کی جانے والی خدمات اور علاج سے مطلع کرنا چاہیے بشمول لیکن انہی تک محدود نہیں، فلنگ، دانت نکالنا اور بے حسی کی یا دیگر کسی دوا کے استعمال کے۔ اگر والدین / سرپرست اجازت نہ دیں تو یہ خدمات انجام نہیں دینی چاہئیں۔

## نیویارک محکمہ تعلیم کے

والدینی اجازت نامہ برائے دندانی صحتی معلومات کے افشا کرنے کا حقائق نامہ

**HIPAA کے احکامات کی تکمیل کرنے والا دندانی صحت کی معلومات افشا کرنے کے لیے والدین کا اجازت نامہ**

اس فارم کی پچھلی جانب پر میرے دستخط دندانی صحت کی معلومات کے افشا کرنے کا اختیار دیتے ہیں۔ ان معلومات کو وفاقی رازداری قانون اور ریاستی قانون کے تحت افشا ہونے سے تحفظ حاصل ہو سکتا ہے۔

اس اجازت نامے پر دستخط کر کے، میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمہ تعلیم) اور اسکول نرسوں اور قائدین کو دندانی صحت کی معلومات کی فراہمی کا اختیار دیتا ہوں، کیونکہ قانون یا چانسلر کا ضابطہ اسکا تقاضہ کرتا ہے یا اسلیے کہ یہ طالب علم کی صحت اور تحفظ کے لیے لازمی ہے۔ میرے درخواست کرنے پر، دندانی صحت کی ان معلومات کو افشا کرنے والے ادارے یا فرد کا اس فارم کی نقل مہیا کرنا ضروری ہے۔ والدین کے لیے قانونی طور پر لازمی ہے کہ وہ اسکول کو مخصوص معلومات فراہم کریں، جیسے مدافعتی ٹیکہ کاری کا ثبوت۔ یہ معلومات فراہم کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں طلبا کو اسکول سے خارج کیا جاسکتا ہے۔

اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جوابات فراہم کیے گئے ہیں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ مجھے اپنے بچے کی دندانی صحت کی معلومات افشا کرنے کی اجازت دینا لازمی نہیں ہے، اور یہ کہ میں کسی بھی وقت اسکول پر مبنی دندانی صحت کے کلینک کو خط لکھ کر اپنے خیالات تبدیل کر سکتا ہوں اور اس اجازت کو رد کر سکتا ہوں۔ تاہم، معلومات کے افشا ہونے کے بعد، تنسیخ سے قبل افشا ہونے والی معلومات کے لیے پچھلی تاریخ سے دستبراداری نہیں دی جاسکتی۔

میں نیویارک شہر تعلیمی بورڈ (موسوم بہ نیویارک شہر محکمہ تعلیم) کو اسکول پر مبنی Smile New York Outreach, LLC دندانی صحت کلینک کو پچھلی جانب پر شناخت کیے گئے طالب علم کی مخصوص طبی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

میں اسکول میں قائم دندانی صحت کلینک سے نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم سے اسکول پر مبنی دندانی صحت کے کلینک کو ذیل میں خاکہ کش دندانی صحت کی معلومات افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں تاکہ ضابطوں کے تقاضوں کی تعمیل ہو سکے اور یہ یقینی بنایا جاسکے کہ اسکول کے پاس وہ معلومات موجود ہیں جو میرے بچے کی صحت و امان کا تحفظ کریں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ معلومات وفاقی اور ریاستی قانون اور چانسلر کے رازداری کے ضوابط کے تحت بصیغہ راز رہیں گی:

صحت اور امان کے تحفظ کے لیے معلومات:

-حالات جن میں ہنگامی صورت درکار ہو سکتی ہو

-حالات جو طالب علم کی روزمرہ کی سرگرمی کو محدود کریں (فارم 103S)

کچھ قابل انتقال امراض کی تشخیص (HIV انفیکشن / STI اور قانون کے ذریعہ تحفظ یافتہ دیگر خفیہ خدمات اس میں شامل نہیں ہیں)۔

- صحت کا بیمہ کوؤریج

اس فارم کے صفحہ 1 پر میرے دستخط Smile New York Outreach, LLC کو اس بات کی بھی اجازت دیتے ہیں کہ دیگر فراہم کنندگان سے رابطہ کرے جنہوں نے میرے بچے کا معائنہ کیا ہو اور بیمہ کی معلومات طلب کرے۔

وہ وقتی میعاد جس کے لیے معلومات کے افشا کرنے کی اجازت دی گئی ہے:

مورخہ: مخالف صفحے پر جس تاریخ کو فارم پر دستخط کیے گئے ہیں

تک: وہ تاریخ جب طالب علم اسکول میں قائم دندانی صحت کے کلینک میں مندرج نہیں رہے گا

\* OCHP = دندانی صحت کے کلینک فراہم کنندگان

## مریض کے حقوق کا بل

### Smile New York Outreach کے ایک مریض کے بطور، آپ کو حق ہے کہ:

1. ان حقوق کو سمجھیں اور استعمال کریں۔ اگر کسی وجہ سے آپ کو سمجھ نہیں آ رہا یا مدد درکار ہے، مرکز کے لیے مدد فراہم کرنا لازمی ہے، بشمول ایک ترجمان کے۔
2. عمر، نسل، رنگ، جنسی رجحان، مذہب، ازدواجی صورت حال، جنس، قومی نژاد یا ادائگی کے ذریعے سے قطعہ نظر خدمات موصول کریں۔
3. مروت، احترام اور وقار کے ساتھ برتاو کیا جائے بشمول علاج میں رازداری کے۔
4. مرکز میں دستیاب خدمات کے بارے میں باخبر رکھا جائے۔
5. کاروباری اوقات کے علاوہ ہنگامی دندانہ کوریج کی مراعات سے باخبر رکھا جائے۔
6. خدمات کے اخراجات، تیسرے فریق کی جانب سے باز ادائگی کے اہلیت اور، جہاں قابل اطلاق ہو، مفت یا کم قیمت علاج سے باخبر رکھا جائے۔
7. گزارش کرنے پر اپنے اکاؤنٹ اسٹیٹمنٹ کی ایک آئٹمانڈ کاپی موصول کریں۔
8. اپنے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور، یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کے نمائندے سے اسکی تشخیص، علاج اور پیش گوئی کے متعلق مکمل اور جدید معلومات ایسی اصطلاحات میں موصول کریں جنکی مریض کے سمجھنے کی موزوں توقع کی جاتی ہو۔
9. اپنے موجودہ ڈینٹلسٹ سے کوئی بھی غیر ہنگامی کارروائی یا علاج یا دونوں کرنے شروع کرنے سے پہلے باخبر اجازت دینے کے لیے درکار معلومات موصول کریں۔ ایک باخبر اجازت نامے میں شامل ہونا چاہیے، کم از کم، مخصوص کارروائی یا علاج یا دونوں کے متعلق، خطرات، اور نگہداشت یا علاج یا دونوں کے متبادلات، اگر کوئی ہو۔
10. قانون کے ذریعے اجازت دی گئی حد تک علاج سے انکار اور اپنے اس فعل کے طبی نتائج سے مکمل طور پر باخبر ہوں۔
11. تجرباتی تحقیق میں حصہ لینے سے انکار۔
12. فراہم کردہ نگہداشت اور خدمات کے بارے میں شکایت کرنے اور انتقامی کارروائی کے خوف کے بغیر مرکز کو ایسی شکایات کی تحقیق کرنے کا کہیں۔ مریض منتظم سے اپنی تشویشات کا اظہار زبانی یا تحریری کر سکتا ہے۔ مرکز مریض یا اسکے نامزد کردہ کو 30 دن کے اندر تحقیق کے نتائج کے بارے میں ایک تحریری جواب فراہم کرنے کا ذمہ دار ہے اگر مریض کی جانب سے گزارش کی جائے۔ مرکز مریض یا اسکے نامزد کردہ کو مطلع کرنے کا ذمہ دار ہے کہ اگر مریض مرکز کے جواب سے مطمئن نہیں ہے، مریض 1-800-804-5447 پر فون کر کے نیویارک ریاست محکمہ صحت کے دفتر برائے صحتیاتی نظام نظم و نسق سے شکایت کر سکتا ہے۔
13. مریض کے علاج سے متعلق تمام معلومات اور ریکارڈ کی پوشیدگی اور رازداری۔
14. اپنے دندانہ ریکارڈ کے مشمولات کا کسی بھی صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندہ اور / یا صحتیاتی نگہداشت ادارے کو جاری کرنے یا افشا کرنے کو منظور یا انکار کرنا جیسا کہ قانون یا تیسرے فریق ادائگی کے معاہدے کا تقاضہ ہو۔

## اپنے ریکارڈ کے لیے رکھیں

ELLIOT P. SCHLANG, DDS - GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

Angelina Adames, DDS, Jungmin Cho, DMD, Jennifer Corredor, DDS, Sylvia Cuellar, DDS, Joseph D'Ambrosio, DMD, Jason Davis, DDS, Christopher Dillon, DDS, Andrew Fradkin, DDS, Margaret Garland, DDS, Renee Gaska, DMD, Jeffrey Gershon, DMD, Daria Grillo, DDS, Barry Hecht, DMD, Deborah Kahn, DMD, Sahar Kamkar, DMD, Aditi Kapoor, DMD, Uzma Khan, DDS, Jeffrey Krantz, DDS, Stephen Marshall, DDS, Deena Pegler, DMD, Alan Poritzky, DDS, Melissa Rodgers, DMD, Deniz Salerno, DDS, Elliot Schlang, DDS, Karim Shehadeh, DDS, Jeffrey Tenenbaum, DDS, Nancy Yu, DDS

## رازداری کے طریق کار کا نوٹس

یہ نوٹس وضاحت کرتا ہے کہ آپ کے متعلق طبی معلومات کس طرح استعمال اور افشا کی جاسکتی ہے اور آپ اس معلومات تک کس طرح رسائی حاصل کرسکتے ہیں۔ برائے مہربانی اس کا غور سے جائزہ لیں۔ اپنے ریکارڈ کے لیے رکھیں

## ہمارا قانونی فرض

آپ کی طبی معلومات کی رازداری ہمارے لیے بہت اہم ہے۔ قابل اطلاق وفاقی اور ریاستی قانون ہم سے آپ کی صحت سے متعلق معلومات کی رازداری کا تقاضہ کرتا ہے۔ ہم سے آپ کو ہماری رازداری کے طریق کار، ہمارے قانونی فرائض، اور آپ کی صحت کی معلومات کے بارے میں آپ کے حقوق کا یہ نوٹس دینا بھی مطلوب ہے۔ ہمارے لیے اس نوٹس میں بیان کردہ رازداری کے طریق کار کی پیروی کرنا لازمی ہے جب تک یہ موثر ہے۔ ہم آپ کو مطلع کریں گے اگر آپ کی غیر محفوظ طبی معلومات افشا ہوجاتی ہے۔

ہم اپنی رازداری کے طریق کار اس نوٹس کی شرائط کو کسی بھی وقت تبدیل کرنے کا حق رکھتے ہیں، بشرطیکہ قابل اطلاق قانون کے تحت ان تبدیلیوں کی اجازت ہو۔ ہم اپنی رازداری کے طریق کار میں تبدیلی کرنے اور ہمارے نوٹس کی نئی شرائط کا تمام صحت سے متعلقہ معلومات کے لیے جو ہم بحال رکھتے ہیں، موثر بنانے کا حق رکھتے ہیں، بشمول صحت سے متعلقہ وہ معلومات جو ہم نے تبدیلیاں کرنے سے قبل تشکیل دیں یا موصول کیں۔ اس سے قبل کہ ہم اپنی رازداری کے طریق کار میں ہم تبدیلی کریں، ہم اس نوٹس کو تبدیل کرنے کے اور گزارش کرنے پر نیا نوٹس مہیا کریں گے۔

آپ کسی وقت بھی ہمارے نوٹس کی کاپی کی گزارش کرسکتے ہیں۔ ہمارے رازداری کے طریق کار کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، یا اس نوٹس کی اضافی نظموں کے لیے، براہ مہربانی اس نوٹس کے آخر میں دی گئی معلومات کو استعمال کرتے ہوئے ہم سے رابطہ کریں۔

## صحت سے متعلقہ معلومات کے استعمال اور افشا کرنا

ہم آپ کے بارے میں صحت سے متعلقہ معلومات کو علاج، ادانگی، اور صحتیاتی نگہداشت افعال کے لیے استعمال اور افشا کرتے ہیں۔ مثال کے طور پر:

علاج: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو آپ کو علاج فراہم کرنے والے ایک فریڈیشن، اسکول نرس، یا دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندہ کے لیے استعمال یا افشا کرسکتے ہیں۔

ادانگی: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو ان خدمات کی ادانگی حاصل کرنے کے لیے استعمال اور افشا کرسکتے ہیں جو ہم آپ کو فراہم کرتے ہیں۔

صحتیاتی نگہداشت طریق کار: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات اپنے کاروباری طریق کار کے حوالے سے استعمال اور افشا کرسکتے ہیں جو ہم آپ کو فراہم کرتے ہیں۔

آپ کی منظوری: معلومات کا استعمال یا افشا کرنا جو اس نوٹس میں بصورت دیگر بیان نہیں کیے گئے ہیں وہ صرف آپ کی تحریری اجازت سے کیے جاسکتے ہیں۔ اسکے علاوہ، آپ کی طبی معلومات کو بیچنے یا آپ کی معلومات کو مصنوعات یا خدمات کی تجارت میں استعمال یا افشا کرنے کے لیے ہمیں آپ کی تحریری اجازت حاصل کرنا لازمی ہے جہاں ہمیں ابلاغ کے لیے ادانگی کی جاتی ہے۔ اگر آپ ہمیں اجازت فراہم کرتے ہیں آپ اسے کسی بھی وقت تحریری طور پر منسوخ کرسکتے ہیں۔ آپ کی منسوخی معلومات کے کسی استعمال یا افشا کرنے پر اثر انداز نہیں ہوگی جنکی آپ کی منظوری کے موثر ہونے کے وقت اجازت دی گئی تھی۔ تاوقتیکہ آپ ہمیں تحریری اجازت دیں، ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو کسی بھی وجہ سے استعمال یا افشا نہیں کرسکتے ماسوا انکے جو اس نوٹس میں بیان کی گئی ہیں۔

آپ کے اہل خانہ اور دوست اور آپ کی نگہداشت کرنے والے افراد: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات اہل خانہ، دوست یا آپ کی نگہداشت کرنے والے دیگر افراد کو افشا کرسکتے ہیں اس حد تک جو آپ کی صحت کی نگہداشت یا آپ کی صحت کی نگہداشت کی ادانگی میں مدد کے لیے ضروری ہو۔ ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات افات میں خلاصی تنظیموں کو کسی آفت کی صورت میں افراد کو ڈھونڈنے میں مدد کے لیے بھی افشا کرسکتے ہیں۔ ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو خاندان کے ایک ممبر کو، ایک ذاتی نمائندے کو یا کسی شخص کو جو آپ کی نگہداشت، عام صحت یا موت ہونے کی صورت میں نمہ دار ہے مطلع کرنے یا مطلع کرنے میں مدد کے لیے استعمال یا افشا کرسکتے ہیں۔ اگر آپ نہیں چاہتے کہ ہم ان صورتوں میں آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو خاندان کے ممبران یا دوسروں کو افشا کریں، براہ مہربانی ہمارے HIPAA دفتر کو 888-833-8441 پر مطلع کریں۔

قانونا مطلوب ہے: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو استعمال یا افشا کرسکتے ہیں اگر ایسا بذریعہ قانون مطلوب ہو۔

عوام الناس کا تحفظ: ہوسکتا ہے ہمیں قانون نافذ کرنے والے افسران کو طبی معلومات فراہم کرنا پڑے، جیسے ایک تلاشی کے وارنٹ یا گریڈنڈ جیوری کے سمن کے جواب میں، یا قانون نافذ کرنے والے افسران کو کسی شخص کی نشاندہی یا تلاش کرنے میں مدد کے لیے، ایسی اموات کو رپورٹ کرنے کے لیے جو مجرمانہ فعل کا نتیجہ ہوں، یا ہماری عمارت میں کسی مجرمانہ فعل کی رپورٹ کرنے کے لیے۔

بدسلوکی یا غفلت: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو مناسب ارباب اختیار کو فراہم کرسکتے ہیں اگر ہمیں باجواز یقین ہو کہ آپ بدسلوکی، غفلت یا گھریلو تشدد کا ممکنہ شکار ہیں یا دیگر جرائم کے ممکنہ شکار ہیں۔ ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو آپ کی صحت، تحفظ یا دوسروں کی صحت یا تحفظ کو شدید خطرے سے بچانے کے لیے افشا کرسکتے ہیں۔

قومی تحفظ: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو مسلح افواج کے ملٹری ارباب اختیار یا غیرملکی ملٹری افراد کو کچھ صورتوں کے تحت؛ ارباب اختیار وفاقی افسران برائے محکمہ سراغ رسانی، جوابی محکمہ سراغ رسانی، یا دیگر قومی تحفظ سرگرمیوں، اور صدر کا تحفظ کرنے کے لیے؛ اور اصلاحی ادارے یا کچھ صورتوں میں ایک قیدی یا مریض کی قانونی تحویل رکھنے والے قانون نافذ کرنے والے افسران کو افشا کرسکتے ہیں۔

وقت ملاقات کی یاددہانی: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو آپ کو وقت ملاقات کی یاددہانی کروانے کے لیے استعمال یا افشا کرسکتے ہیں (جیسے وائس میل میسج، پوسٹ کارڈ، خطوط، ای میل یا ٹیکسٹ میسج)۔

صحت کی نگرانی کی سرگرمیاں: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو ایک صحت کی نگرانی کرنے والے ادارے کو قانون کے ذریعے منظور کردہ سرگرمیوں کے لیے افشا کرسکتے ہیں۔ ان نگرانی کی سرگرمیوں میں شامل ہیں، مثلاً، آڈٹ، تحقیقات، معائنے اور لائسنس دینے کے سروے۔ یہ سرگرمیاں حکومت کے لیے صحتیاتی نگہداشت کے نظام کی نگرانی، بیماریوں کی پھوٹ، حکومت کے پروگرامز، شہری حقوق کے قوانین اور مریضوں کے نتائج کو بہتر بنانے کے لیے ضروری ہیں۔

عدالتی مقدمے اور تنازعات: ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو عدالت یا انتظامیہ کے حکم کے جواب میں افشا کرسکتے ہیں۔ ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کو ایک سمن، انکشاف کی درخواست یا دیگر قانونی کارروائیوں کے جواب میں افشا کرسکتے ہیں۔

دیگر استعمال اور افشائیں: جیسا کہ قانون کے ذریعے اجازت دی گئی ہو یا مطلوب ہو، ہم آپ کی طبی معلومات کو تحقیق کے مقاصد کے لیے استعمال یا افشا کرسکتے ہیں؛ ان تنظیموں کے لیے جو اعضا کے عطیات اور پیوندکاری سے نمٹتے اور نگرانی کرتے ہیں؛ ورکرز کمپنیشن یا ورکرز کمپنیشن کے قوانین سے متعلقہ کی تعمیل کرنے والے مماثل پروگرام یا مماثل پروگرام جو کام سے متعلقہ چوٹ یا بیماری کے لیے مفادات فراہم کرتے ہیں؛ عوام الناس کی صحت سے متعلقہ سرگرمیاں جیسے بیماری کا انسداد یا قابو کرنا، چوٹ یا معذوری؛ دواؤں سے ہونے والے ردعمل کو رپورٹ کرنے کے لیے یا مصنوعات کے ساتھ مسائل؛ لوگوں کو جو مصنوعات وہ استعمال کر رہے ہوں ان کی باظہاری سے مطلع کرنا؛ کسی شخص کو مطلع کرنا کہ ہوسکتا ہے اسے کسی بیمار کا سامنا ہوا ہو، یا کوئی بیماری لگنے یا پھیلانے کا خطرہ ہو؛ کسی مردہ شخص کی نشاندہی کرنے یا موت کی وجہ کا تعین کرنے کے لیے میڈیکل اکرامنر کو؛ یا تہجیز و تکفین ڈائریکٹر کو انکے فرائض انجام دینے کے لیے۔

## مریض کے حقوق

رسائی: آپ کو اپنی صحت سے متعلقہ معلومات کو دیکھنے یا اسکی نقلیں حاصل کرنے کا حق ہے، محدود استثناء کے ساتھ آپ کو اپنی صحت سے متعلقہ معلومات تک رسائی حاصل کرنے کے لیے تحریری گزارش کرنا لازمی ہے اور اپنی درخواست اس نوٹس کے آخر میں دیے گئے نمبر پر فیکس کریں۔

افشا کرنے کی تفصیلات: آپ کو اپنی صحت سے متعلقہ معلومات کے افشا کیے جانے کی فہرست موصول کرنے کا حق حاصل ہے جو ہم نے یا ہمارے کاروباری ساتھی نے کیے ہیں۔ اگر آپ اس تفصیل کی گزارش 12 مہینوں کے دوران ایک سے زیادہ مرتبہ کرتے ہیں، ہم آپ سے ان اضافی درخواستوں کا جواب دینے کے لیے ایک مناسب، قیمت پر مبنی فیس کا مطالبہ کرسکتے ہیں۔

پابندی: آپ یہ درخواست کرنے کا حق رکھتے ہیں کہ ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات کے استعمال یا افشا کرنے کو محدود کریں۔ ہم سے آپ کی درخواست سے متفق ہونا مطلوب نہیں ہے ماسوا اس کے جب آپ کے صحت کے منصوبے کو افشا کیا جائے، آپ (یا آپ کی جانب سے آپ کے صحت کے منصوبے کے علاوہ کسی اور نے) آپ کی صحت کی نگہداشت کے لیے مکمل ادانگی کی ہے، افشا کرنا ادانگی یا صحتیاتی نگہداشت کے افعال سے متعلق ہے، اور افشا کرنا بصورت دیگر قانونا مطلوب نہیں ہے۔ اگر ہم پابندی سے متفق ہوتے ہیں، بہرکیف، ہم اس معاہدے کی پابندی کریں گے (ماسوا ہنگامی صورت میں)۔

متبادل ابلاغ: آپ کو یہ تحریری گزارش کرنے کا حق ہے کہ ہم آپ کے ساتھ آپ کی صحت کی معلومات کے بارے میں متبادل ذرائع سے ابلاغ کریں یا متبادل مقامات پر جیسا کہ آپ کی تحریری درخواست میں بیان کیا گیا ہے۔

ترمیم: آپ یہ درخواست کرنے کا حق رکھتے ہیں کہ ہم آپ کی صحت سے متعلقہ معلومات میں ترمیم کریں۔ آپ کی درخواست تحریری ہونی چاہیے اور یہ وضاحت ہونی چاہیے کہ معلومات میں ترمیم کیوں کی جائے۔ ہم کچھ صورتوں میں آپ کی درخواست کو مسترد کرسکتے ہیں۔

الیکٹرانک نوٹس: اگر آپ کو یہ نوٹس ہماری ویب سائٹ پر یا الیکٹرانک میل (ای - میل) سے ملا ہے، آپ گزارش کرنے پر یہ نوٹس تحریر میں حاصل کرنے کے حقدار ہیں۔

## سوالات اور شکایتیں

اگر آپ کو ہمارے رازداری کے طریق کار کے بارے میں مزید معلومات درکار ہے یا سوالات یا تشویشات ہیں، براہ مہربانی ہم سے رابطہ کریں۔ اگر آپ سمجھتے ہیں کہ ہم نے آپ کے رازداری کے حقوق کی خلاف ورزی کی ہے، اس نوٹس کے آخر میں دی گئی رابطے کی معلومات کو استعمال کرتے ہوئے ہم سے شکایت کرسکتے ہیں۔ آپ ریاستہائے متحدہ محکمہ صحت اور انسانی خدمات کے پاس بھی ایک تحریری نالاش جمع کراوسکتے ہیں۔ ہم آپ سے کسی بھی طرح سے انتقام نہیں لیں گے اگر آپ ہمارے ریاستہائے متحدہ محکمہ صحت اور انسانی خدمات کے پاس شکایت درج کروانے کا فیصلہ کرتے ہیں۔

رابطہ افسر: HIPAA افسر:

فیکس: 888-330-4331

فون: 888-833-8441

ای میل: hipaaffair@smileprograms.com مؤثر تاریخ: 1 اگست، 2016