NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

کیمیائی انحصار کے علاج سے متعلق معلومات کے اجراء کے لیے رضامندی

فوجداری انصاف کے کلائنٹس کے لیے

کلائنٹ کا آخری نام	پہلا	درمیانی

کلائنٹ کا نیو یارک اسٹیٹ کا شناختی نمبر
(New York State Identification Number, NYSID)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

حوالہ دینے والی ہستی کے عملہ کے رکن کا نام:

_____

حوالہ دینے والی ہستی کا نام اور پتہ

_____

_____

حوالہ دینے والی ہستی کی قسم
[ ] ڈسٹرکٹ اٹارنی
[ ] عدالت
[ ] پروبیشن
[ ] پیرول - جنرل
[ ] پیرول - ریلیز شاک
[ ] پیرول - ریلیز ویلارڈ
[ ] پیرول - ریلیز ریسسنیٹنس

ہدایات:
1) اس مکمل شدہ فارم کی ایک کاپی کلائنٹ کے علاج فراہم کنندہ کو بھیج دیں؛
2) اس مکمل شدہ فارم کی ایک کاپی کلائنٹ کی کریمنل جسٹس فائل میں شامل کر دیں؛ اور
3) اس مکمل شدہ فارم کی ایک کاپی کلائنٹ/مدعا علیہ کو فراہم کریں

1) میں، جس کا دستخط نیچے ہے، کلائنٹ/مدعا علیہ، مندرجہ بالا نام لیے گئے حوالہ دینے والی ہستی، میرے کیمیائی انحصار علاج فراہم کنندہ کے درمیان رابطے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں اور اجازت دیتا/دیتی ہوں: _____
اور درج ذیل:

_____

_____

_____

1) میں اپنے موجودہ اور ماضی کے انفرادی تشخیص یا اندازہ، انٹیک کا خلاصہ، تشخیص، علاج کی سفارش، داخلے کی تاریخ، اور مریض کی حیثیت بشمول کورس اور علاج کی سطح (یعنی رہائشی، کمیونٹی پر مبنی، انفرادی، یا گروپ)، میری پیشرفت اور تعمیل، درج ذیل کے بشمول لیکن بلا تحدید: علاج میں میری حاضری یا کمی، ٹاکسیکولوجی/پیشاب کے تجزیہ کی تاریخیں اور نتائج، میرے علاج کے پروگرام کے ساتھ تعاون، تشخیص، علاج کی تکمیل یا برطرفی کی وجہ، ڈسچارج کی تاریخ ، ڈسچارج اسٹیٹس، اور ڈسچارج پلان سے متعلق **معلومات کے انکشاف** کی **رضامندی دیتا/دیتی** ہوں۔
اس طرح کا انکشاف مندرجہ بالا اداروں کو میری علاج کی ضروریات، سرگرمیوں، تاریخ اور میری تشخیص اور علاج کے بارے میں رویے کے بارے میں بات کرنے کے قابل بنانے کے **مقصد** کے لیے ہے، علاج کی شرائط و ضوابط کی نگرانی، رہائی، کیس کے انتظام کے مقاصد، اور دیگر سرکاری فرائض کی انجام دہی کے لیے ہے؛ **اور**
2) میں مزید رضامندی اور اجازت دیتا ہوں کہ مذکورہ بالا **حوالہ دینے والی ہستی** اور نیویارک اسٹیٹ آفس آف ایڈکشن سروسز اینڈ سپورٹس (Office of Addiction Services and Supports, **OASAS**) کے درمیان مواصلت کیلئے **رضامندی** دیتا/دیتی ہوں؛ اور OASAS تحقیق اور پروگرام کی تشخیص کی سرگرمیوں کے **مقصد** کے لیے داخلے اور خارج ہونے والے ڈیٹا سے متعلق، نیو یارک اسٹیٹ ڈویژن آف کریمنل جسٹس سروسز (Division of Criminal Justice Services, **DCJS**) کو **معلومات ظاہر** کرے گا۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس ریلیز کے بعد انکشاف کردہ میرے ریکارڈز سے مرتب کردہ کسی بھی رپورٹس یا مطالعات میں ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات شامل نہیں ہوں گی جو خفیہ رہیں گی اور مزید دوبارہ انکشاف سے محفوظ رہیں گی۔

میں نے، جس کا دستخط نیچے ہے، مذکورہ بالا بیان کو پڑھ لیا ہے اور مندرجہ بالا نام ظاہر کرنے والی ہستی کے عملہ کو اس طرح کی معلومات کو ظاہر کرنے، حاصل کرنے اور شیئر کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں جیسا کہ یہاں بیان کیا گیا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ تاوقتیکہ بصورت دیگر کی وضاحت نہ کر دی گئی ہو، یہ رضامندی نافذالعمل رہے گی اور میں اسے منسوخ نہیں کر سکتا/سکتی جب تک کہ قید سے میری رہائی کو باضابطہ اور مؤثر طور پر ختم یا منسوخ نہ ہو جائے، عبوری پروبیشن نگرانی، پروبیشن، پیرول، رہائی کے بعد کی نگرانی، یا مقامی مشروط رہائی یا رہائی کرنے والی اتھارٹی کے ذریعہ دیگر کارروائی یا عزم جس کے تحت مجھے حوالہ دیا گیا ہو یا بصورت دیگر علاج کرنے پر اتفاق نہ ہو گیا ہو۔

میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ کسی بھی شناختی معلومات کا انکشاف کوڈ آف فیڈرل ریگولیشنز 42 CFR پارٹ 2 کے ٹائٹل 42 کا پابند ہے، جو شراب اور منشیات کے غلط استعمال کے مریض کے ریکارڈ کی رازداری کو کنٹرول کرتا ہے، نیز 1996 کی ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اور احتساب ایکٹ (HIPAA) 45 C.F.R. Pts 160 &164؛ اور یہ کہ مذکورہ بالا کے علاوہ کسی اور فریق کو ایسی معلومات کا دوبارہ افشاء کرنا میری طرف سے اضافی تحریری اجازت کے بغیر منع ہے۔

نوٹ: اس فارم کے ذریعے جاری کردہ کسی بھی معلومات کے ساتھ **کیمیکل ڈیپنڈنس ٹریٹمنٹ پیشنٹ (TRS-1) سے متعلق معلومات کے دوبارہ انکشاف پر پابندی** فارم کے ساتھ **ضرور** ہونی چاہیے۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ عام طور پر پروگرام میرے علاج کی شرط نہیں رکھ سکتا ہے کہ آیا مجھے فارم پر دستخط کرنا ہے، لیکن کچھ مخصوص محدود حالات میں اگر میں فارم پر دستخط نہیں کرتا ہوں تو مجھے علاج سے منع کیا جاسکتا ہے۔ ذیل میں میرے دستخط کی شناخت کرنے کے بعد، مجھے اس فارم کی ایک کاپی حاصل ہوئی ہے۔

_____ _____
(کلائنٹ کا دستخط) (جلی حروف میں کلائنٹ کا نام)

_____
(تاریخ)