



তথ্য সংগ্রহ বা/অবমুক্তির জন্য ক্ষমতা প্রদান (মদ সহ/ মাদকদ্রব্য চিকিৎসা এবং মানসিক স্বাস্থ্য
বিষয়ক তথ্য এবং এইচ আই ভি / এইডস (HIV/AIDS) সংশ্লিষ্ট গোপন তথ্যাবলী) VR-22 (10/2023)

নাম:	জন্ম তারিখ:	Aware আইডি #:
ঠিকানা:		

অফিস অব দি অ্যাডাল্ট ক্যারিয়ার অ্যান্ড কন্টিনিউইং এডুকেশন সার্ভিসেস - ভোকেশনাল রিহ্যাবিলিটেশন (ACCES-VR)-কে আমি নিম্নে
উল্লিখিত ব্যক্তিবৃন্দ এবং/বা সত্তার কাছ থেকে তথ্য সংগ্রহ বা তাদের কাছে তথ্য অবমুক্তির অনুমতি দিচ্ছি। আমি জানি যে :

- এই অনুমোদনের মধ্যে অ্যালকোহল এবং/অথবা ড্রাগ চিকিৎসা, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা এবং/অথবা গোপনীয় এইচআইভি এবং এইডস (আইটেম # ৪ এ আমার স্বাক্ষর দ্বারা নির্দেশিত) সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
- যদি আমি অ্যালকোহল এবং/অথবা ড্রাগ চিকিৎসা, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা এবং/অথবা এইচআইভি/ এইডস সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিয়ে থাকি, তবে ফেডারেল বা স্টেট আইনের অধীনে অনুমতি না দেওয়া পর্যন্ত ACCES-VR আমার অনুমোদন ব্যতীত এই ধরনের তথ্য পুনরায় প্রকাশ করতে পারবে না।

a. আমি জানি যে আমার অনুমোদন ছাড়াই আমার এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য গ্রহণ বা ব্যবহার করতে পারে এমন ব্যক্তিদের তালিকা অনুরোধ করার অধিকার আমার রয়েছে।

b. এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ বা প্রকাশের কারণে যদি আমি বৈষম্যের সম্মুখীন হই, আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হিউম্যান রাইটস-এ (৪৪৪) ৩৯২-৩৬৪৪ নম্বরে, বা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অন হিউম্যান রাইটস (যদি অনুমোদনটি এনওয়াই সিটির মধ্যে ঘটে থাকে) এ (২১২) ৪১৬-০১৯৭ নম্বরে যোগাযোগ করতে পারি।

৩. যে কোনো সময় আমি ACCES-VR কে লিখিত ভাবে অবহিত করে আমার ক্ষমতাপ্রদানপত্র বা অনুমতি বাতিল করতে পারি। আমি জানি যে আমি আমার অনুমতি ভবিষ্যতে যে কোন সময়ে বাতিল তো করতে পারি কিন্তু আমার অনুমতি থাকাকালীন যে যে ব্যবস্থা গ্রহণ করা হয়েছে বজায় থাকবে।

৪. আমি জানি যে এই ক্ষমতাপ্রদান পত্রে আমি স্বেচ্ছায় স্বাক্ষর করেছি।

৫. যে প্রোগ্রাম বা সত্তা এই তথ্যাবলী প্রকাশ করবে তার নাম এবং ঠিকানা:		
৬. ব্যক্তি বা ব্যক্তিবৃন্দ বা সত্তা যার কাছে এই তথ্যাবলী প্রকাশ করা হবে তার নাম এবং ঠিকানা :		
৭. এই তথ্যাবলী প্রকাশ করার উদ্দেশ্য :		
৮. আমার যদি প্রত্যাহার না করি, এই নির্দিষ্ট তথ্যাবলী _____ তারিখ থেকে _____ তারিখ পর্যন্ত (শুরু করার এবং শেষ করার তারিখ লিখুন, এক বছরের মেয়াদে) প্রকাশ করা যেতে পারে		
নিচের যা যা অন্তর্ভুক্ত করতে চান, সেই নির্দিষ্ট তথ্যাবলীর চিহ্নিত করুন এবং সংশ্লিষ্ট স্বাক্ষর দিন		
	যে- যে তথ্য প্রকাশ করা যেতে পারে	সংশ্লিষ্ট স্বাক্ষর
<input type="checkbox"/> অ্যালকোহল বা মাদক দ্রব্যের চিকিৎসা প্রোগ্রাম থেকে রেকর্ড		



<input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্য প্রোগ্রাম থেকে চিকিৎসার রেকর্ড		
<input type="checkbox"/> এইচ আই ভি/এইডস সংশ্লিষ্ট তথ্যাবলী		
9. একক ব্যক্তি না হয়ে থাকলে, সংস্কার পক্ষে সাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম:	10. যার পক্ষে সাক্ষর করা হচ্ছে, তার সাথে ক্ষমতা প্রাপ্ত ব্যক্তির সম্পর্ক চিহ্নিত করুন :	

1

এই ফর্মের সকল বিষয় পর্যালোচনা করা হয়েছে এবং অনুমোদন করা হয়েছে; এই ফর্মের বিষয়ে আমার প্রস্তাবলী পর্যালোচনা করা হয়েছে, একমত হয়েছে এবং আমাকে এই ফর্মের একটা কপি দেয়া হয়েছে।

ব্যক্তি বা ক্ষমতাপ্রাপ্ত প্রতিনিধির সাক্ষর
তারিখ

আমি পরে স বাক স্রকারী ব যক তির সাথে এই অনুম দনের বাস তবাম ন এবং দ দেশ য নিয ়োল চনা করেছি এবং প রকাশ করা তথ য সম পর কে তাদের ব ার বিষয় টি নিশ চিত করেছি।

কর্মকর্তার নাম এবং পদবী
তারিখ

সাক্ষর

অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন, যখন ACCES -VR ব্যক্তির মাদকদ্রব্য ব্যবহারের রেকর্ড প্রকাশ করবে, তখন VR-540 ফর্ম, প্রিহিভিশন অব রিডিসকলজার অব ইনফর্মেশন কনসার্নিং ইন্ডিভিজুয়ালস উইথ এ ডিজোবিলিটি অব সার্বস্টেন্স ইউজ, অবশ্যই এই ফর্মের সাথে সংযুক্ত করতে হবে।

পুনঃপ্রকাশের নিষেধাজ্ঞা: অনুরোধ করা তথ্যগুলি এমন রেকর্ড থেকে প্রকাশ করা হয়েছে যার গোপনীয়তা ফেডারেল প্রবিধান (42 সিএফআর পার্ট 2) দ্বারা সুরক্ষিত, এবং সে-সাথে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির নির্দিষ্ট লিখিত সম্মতি ব্যতীত পরবর্তী প্রকাশ নিষিদ্ধ। এই অনুমোদনের সাথে অনুরোধ করা সমস্ত তথ্যের গোপনীয়তা 34 CFR 361.38 দ্বারা সুরক্ষিত। প্রকাশের এই অনুমোদনটি 45 সিএফআর 164.508 এর সাথেও সামঞ্জস্যপূর্ণ।

2