

### সেকশন I

|                                    |                         |  |
|------------------------------------|-------------------------|--|
| Medicaid Applicant/Recipient Name: | Date of Birth:          | Social Security Number (Last four digits): |
| Address:                           | Client ID Number (CIN): | Disability ID Number (DIN):                |

এই ফর্ম স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি New York State Department of Health-কে আমার পরামর্শমূলক চিকিৎসাগত তথ্য সেকশন II-এ তালিকাভুক্ত কোনও ব্যক্তি(গণ), স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী বা কোনও সংস্থার কাছে প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করছি। এটির মধ্যে কোনও নির্দিষ্ট অবস্থার ব্যাপারে তথ্য সংযুক্ত থাকতে পারে যেমন HIV/AIDS, মানসিক স্বাস্থ্য এবং অ্যালকোহল বা মাদকদ্রব্যের ব্যবহার।

### সেকশন II

1. এই তথ্য গ্রহণ করার বা ব্যবহার করার জন্য অনুমোদিত ব্যক্তি (গণ), স্বাস্থ্য প্রদানকারী বা সংস্থার নাম:

2. ঠিকানা:

3. ফোন নম্বর:

( )

- এই তথ্য প্রকাশের উদ্দেশ্য: আবেদনকারী/প্রাপকের অনুরোধ অনুযায়ী ব্যক্তি দ্বারা নিযুক্ত চিকিৎসকে পরামর্শমূলক চিকিৎসা রিপোর্টের প্রতিলিপি প্রদান করার জন্য।
- আমি বুঝেছি যে আমি এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার পর এটির একটি প্রতিলিপি পেতে পারি।
- আমি নিম্নলিখিত ঠিকানায় লিখিতভাবে Health Department (স্বাস্থ্য বিভাগকে) জানিয়ে যে কোনও সময় এই অনুমোদন প্রত্যাহার কতে পারি কিন্তু যদি আমি এটি করি তাহলে এই প্রত্যাহার পত্র পাওয়ার আগে বিভাগ দ্বারা গৃহীত যে কোনও পদক্ষেপকে এটি প্রভাবিত করবে না যদি আগে প্রত্যাহার না করা হয়ে থাকে, তাহলে অনুরোধ সম্পূর্ণ হওয়ার পর বা এই ফর্ম স্বাক্ষর করার তারিখ থেকে এক বছর পর, যেটি আগে আসবে, এই অনুমোদনটি সমাপ্ত হয়ে যাবে।

আমি New York State Department of Health স্টেট প্রতিবন্ধী পর্যবেক্ষণ ইউনিটকে সেকশন I-এ উল্লিখিত ব্যক্তির স্বাস্থ্য তথ্য সেকশন II-এর একজন ব্যক্তি (গণ), স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী বা সংস্থার কাছে প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করছি।

আবেদনকারী/প্রাপক বা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

অনুগ্রহ করে ফেরত পাঠান:

State Disability Review Unit OCP-826  
State of New York  
Department of Health  
Albany, NY 12237