संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रकाशनको लागि अनुमति
व्यक्तिगत रूपमा पहिचान गराउने स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग र प्रकाशन गर्नको लागि

तपाईं न्यू ह्याम्पशायर रोजगार कार्यक्रम (NHEP) मा सहभागी हुन अस्थायी रुपमा असक्षम हुँदा वा सहभागीता जनाउने तपाईंको क्षमता सीमित हुँदा के हुन्छ?

तपाईंले हामीलाई भन्नुभएको छ कि तपाईं वा तपाईंको परिवारको स्वास्थ्य अवस्थाले गर्दा तपाईं NHEP मा सहभागी हुन सक्नुहुन्न, जुन तपाईंको लागि रोजगार भेट्टाउन र तपाईंलाई त्यसको लागि तैयार हुन मद्दत गर्न बनाइएको रोजगार कार्यक्रम हो। तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकले हामीलाई तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थाको बारेमा लिखित प्रमाण प्रदान गर्नुपर्छ जसले गर्दा तपाईं NHEP मा सहभागी हुन पूर्ण रूपमा असक्षम हुनुहुन्छ कि आंशिक रूपमा असक्षम हुनुहुन्छ, वा पूर्ण रुपमा भनेर निर्धारण गर्न सकिन्छ। तपाईंलाई यस कार्यमा सहायता गर्न तपाईंलाई दुई महत्त्वपूर्ण फाराम दिइनेछ:

1. यो फाराम, DFA फाराम 752A, *संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रकाशनको लागि अनुमति*, जसले तपाईंको अनुमतिमा हामीलाई तपाईंका स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक(हरू)बाट चिकित्सा जानकारी प्राप्त गर्न दिन्छ; **र**
2. DFA फाराम 752, *क्षमताको बारेमा चिकित्सक/क्लिनिसियनको कथन*, **वा** DFA फाराम 752HH, *परिवारको सदस्यको लागि आवश्यक बिरामी स्याहारको बारेमा चिकित्सक/क्लिनिसियनको कथन*, जसलाई तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकले पूरा गरेर तपाईंको वा तपाईंको परिवारको कुनै सदस्यको स्वास्थ्य अवस्थाको लिखित प्रमाण प्रस्तुत गर्न सीधै चिकित्सा छूट एकाइ (MEU) लाई पठाउनुपर्छ। तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार प्रददायकले DFA फाराम 752/752HH मा उल्लेख गरेको जानकारीले हामीलाई NHEP मा सहभागी हुनको लागि तपाईंको क्षमता निर्धारण गर्न वा तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार आवश्यकताहरूको सम्बन्धमा अन्य कार्यक्रमहरूले अझ राम्रो मद्दत गर्न सक्नेछन् कि भनेर निर्धारण गर्न मद्दत गर्नेछ।

तपाईंले DFA फाराम 752A मा हस्ताक्षर गरेर आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक(हरू)लाई दिनुपर्छ, र DFA फाराम 752/752HH लाई भने तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकले भर्नुपर्छ र सीधै हामीलाई फिर्ता गर्नुपर्छ। DFA फाराम 752A र DFA फाराम 752/752HH तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकसम्म पुग्नेछ भनेर सुनिश्चित गर्नको लागि तपाईं जिम्मेवार हुनुहुन्छ। तपाईं आवश्यकतामा रहेका परिवारको लागि आर्थिक सहायताको लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ वा पुन: आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, DFA फाराम 752/752HH लाई तपाईंलाई योग्य ठहर गर्दै पठाइएको सूचनापत्रमा रहेको मितिबाट 10 दिन भित्र फिर्ता गरिनुपर्छ। अन्यथा, तपाईं पहिले नै NHEP मा सहभागी हुनुहुन्छ भने, DFA फाराम 752/752HH फिर्ता नभएसम्म र तपाईंको स्थितिको बारेमा निर्णय नगरिँदासम्म तपाईंले सहभागिता जनाउन जारी राख्नुपर्छ।

<u>तपाईंले के गर्न आवश्यक छ:</u>

- <u>तपाईंको</u> स्वास्थ्य अवस्थाले NHEP मा तपाईंको सहभागितालाई सीमित बनाउँछ भने, DFA फाराम 752A को समीक्षा गरेर त्यसमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्। यसको प्रतिलिपि बनाउनुहोस् वा पहेँलो पाना राख्नुहोस्। DFA फाराम 752A र DFA फाराम 752 को हस्ताक्षर गरिएको मूल प्रति आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई दिनुहोस्।
- तपाईंको परिवारको सदस्यको स्वास्थ्य अवस्थाले NHEP मा तपाईंको सहभागितालाई सीमित बनाउँछ भने, परिवारको उक्त सदस्यलाई DFA फाराम 752A को समीक्षा गरेर त्यसमा हस्ताक्षर गर्न भन्नुहोस्। परिवार उक्त सदस्य तपाईंको बच्चा हो भने, आफ्नो बच्चाको तर्फबाट तपाईं आफैले DFA फाराम 752A को समीक्षा गरेर त्यसमा हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्छ। DFA फाराम 752HH र DFA फाराम 752A को हस्ताक्षर गरिएको मूल प्रति आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई दिनुहोस्।

- DFA फाराम 752A को हस्ताक्षर गरिको प्रतिलिपिलाई DFA, NH DHHS, 129 Pleasant Street, Brown Bldg, Concord, NH 03301-3857 मा पठाउनुहोस्, प्रापक: चिकित्सा छूट एकाइ (MEU)।
- आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकलाई भन्नुहोस् कि उहाँले पूरा गरिएको DFA फाराम 752/752HH 10 दिन भित्र सीधै हामीलाई फिर्ता गर्नुपर्छ, अन्यथा तपाईं रोजगार क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुनुपर्नेछ।
- आफ्नो स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकबाट यो फाराम पूरा गराउनमा तपाईंलाई समस्या भइरहेको छ भने, हामीलाई थाहा दिनुहोस्।

एक पटक तपाईं आर्थिक सहायताको लागि योग्य रहेको पाइएपछि, तपाईंको चिकित्सा जानकारीको समीक्षा गरिनेछ र तपाईंको चिकित्सा अवस्थाको आधारमा, तपाईं NHEP द्वारा प्रस्तावित विभिन्न क्रियाकलापहरू र सेवाहरूमा सहभागी हुन केही सक्षम हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भनेर निर्धारण गर्न तपाईं र/वा तपाईंको चिकित्सकलाई हाम्रो विभागबाट एक विशेषज्ञले सम्पर्क गर्न सक्छ। उक्त विशेषज्ञले तपाईंको परिवारको निश्चित चिकित्सा अवस्थाको सम्बन्धमा मद्दत पुऱ्याउन सक्ने अन्य सेवाहरू सिफारिस पहिचान गर्न पनि सक्छ।

हामीले DFA फाराम 752/752HH सीधै तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकबाट प्राप्त गरेनौँ भने, वा तपाईंको चिकित्सकले तपाईं NHEP मा सहभागी हुन सक्नुहुन्छ भनि इंगित गर्नुभयो भने, तपाईंले आवश्यक NHEP नियोजित भेटमा उपस्थित हुन अनुसूचित गर्ने एउटा पत्र प्राप्त गर्नुहुनेछ। तपाईंसँग यो प्रक्रियाको बारेमा कुनैपनि प्रश्न छ भने, तपाईंले 1-800-852-3345 एक्स्टेन्सन 9511 मा चिकित्सा छूट एकाइ (MEU) लाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।

यो फाराम पूरा गर्नको लागि लाग्ने कुनैपनि अतिरिक्त शुल्क भुक्तान गर्नको लागि बिरामी जिम्मेवार हुनेछ। केवल चिकित्सा फारामहरू पूरा गर्नको लागि मात्र लागेका शुल्कहरूको भुक्तानी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागद्वारा गरिनेछैन।

संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रकाशनको लागि अनुमति

व्यक्तिगत रूपमा पहिचान गराउने स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग र प्रकाशन गर्नको लागि

कृपया FANF व्यक्तिको नाम, प्रापक परिचय (RID) नम्बर, र मामिला नम्बर लेख्नुहोस् - यदि FANF व्यक्ति परिवारको कुनै सदस्यको स्याहार गर्नको लागि चिकित्सा छूटको दाबी गरिरहेको छ भने, परिवारको उक्त सदस्यको नाम पनि लेख्नुहोस्।	
FANF व्यक्ति	RID #
परिवारको सदस्यको नाम, यदि लागू हुन्छ भने	मामिला #

म यसद्वारा मलाई व्यक्तिगत रूपमा पहिचान गराउने जानकारी तल व्याख्या गरिए अनुसार प्रयोग र प्रकाशन गर्नको लागि अनुमति दिन्छु। म बुझ्दछु कि मैल अनुमति दिएर कुनै व्यक्ति वा संस्थाद्वारा प्राप्त गरिएको जानकारीलाई पुन: प्रकाशन गरिन सक्छ र त्यस उपरान्तबाट संघीय गोपनीयता नियमहरूद्वारा संरक्षित हुँदैन।

यो अनुमतिको म्याद फाराममा हस्ताक्षर गरिएको मितिबाट 12 महिना पछि समाप्त हुन्छ।

जानकारी प्रयोग र/वा प्रकाशन गर्ने अनुमति भएका व्यक्तिहरू /सङ्गठनहरू: स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक

जानकारी प्राप्त गर्ने अनुमति भएका व्यक्तिहरू/सङ्गठनहरू: न्यू ह्याम्पशायर स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (DHHS), करारमा रहेका कर्मचारीहरू सहित।

प्रयोग/खुलासा गर्न सकिने जानकारीको विस्तृत विवरण: न्यू ह्याम्पशायर रोजगार कार्यक्रम (NHEP) को कामसँग सम्बन्धित क्रियाकलापहरू जस्तै रोजगारी तैयारी कक्षाहरू, शिक्षा, व्यावसायिक तालिम, काम गर्दै गर्दा तालिम र वास्तविक रोजगारमा सहभागी हुन क्षमता, वातावरण, क्रियाकलाप र/वा सीमितताहरू उल्लिखित गर्ने जानकारी।

जानकारीलाई निम्न प्रयोजनको लागि प्रयोज/खुलासा गरिनेछ: जानकारीलाई NHEP बाट उपलब्ध कुनैपनि कामसँग सम्बन्धित क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुन उक्त व्यक्तिको क्षमता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिनेछ।

म बुझ्दछु कि यो अनुमति दिनु स्वैच्छिक हो र म यो अनुमति पत्रमा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्न सक्छु। म यो पनि बुझ्दछु कि मैले यो अनुमति पत्रमा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गरेमा परिणाम स्वरूप म NHEP रोजगार कार्यक्रममा अनिवार्य रूपमा सहभागी हुनुपर्छ भनेर निर्धारण गरिन सक्छ। म बुझ्दछु कि DHHS लाई लिखित रूपमा सूचित गरेर म यो अनुमतिलाई कुनैपनि समयमा रद्द गर्न सक्छु। यद्यपि, निम्न अवस्थामा यो खण्डन मान्य हुनेछैन:

1. यो अनुमतिको आधारमा DHHS ले कदम चालिसकेको छ भने; वा
2. बिमा कवरेज प्राप्त गर्नको लागि एक शर्तको रूप यो अनुमति प्राप्त गरिएको हो भने; अन्य कानूनले बिमाकर्तालाई पोलिसी अन्तर्गत वा पोलिसी विरुद्ध दाबी गर्ने अधिकार प्रदान गर्छ।

आवेदक/प्रापक/परिवारको सदस्य वा अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर — मिति

आवेदक/प्रापक/परिवारको सदस्य वा अधिकृत प्रतिनिधिको स्पष्ट अक्षरमा नाम

यदि प्रकाशन अनुमतिमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्ति अधिकृत प्रतिनिधी हो भने, कृपया उचित कानूनी लेख्यपत्रीकरण समावेश गर्नुहोस्, जस्तै DFA फाराम 778, अधिकृत प्रतिनिधि (AR) घोषणा।

For DHHS Use Only

If the individual signing this release is an authorized representative, your signature below certifies that you have verified the authorized representative's identity.

Signature/Title — Date