

**নোট:**

এই ফরমের ক্ষেত্রে Corewell Health বলতে Corewell Health-এর যেকোনো বা সব ফ্যাসিলিটি ও অবস্থানকে বুঝানো হয়েছে।

**বৈষম্য না করা সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি:**

Corewell Health প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতিগত উৎস, বয়স, অক্ষমতা, বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। Corewell Health জাতি, বর্ণ, জাতিগত উৎস, বয়স, অক্ষমতা, বা লিঙ্গের ভিত্তিতে অথবা আইন অনুযায়ী নিষিদ্ধ অন্য যেকোনো বিষয়ের ভিত্তিতে কাউকে বাদ দেয় না অথবা তাদের সাথে ভিন্নভাবে আচরণ করে না।

**আমি সম্মতি দিচ্ছি:**

- Corewell Health-এ সেবা প্রদানকারী, রেসিডেন্ট, শিক্ষার্থী, ও অন্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবীদের দ্বারা পরীক্ষা ও চিকিৎসা করানোর জন্য। এর মধ্যে সরাসরি উপস্থিত হয়ে, শেয়ার করা মেডিকেল অ্যাপয়েন্টমেন্ট, টেলিমেডিসিন, ভিডিওটেক্সট তৈরি, ফটোগ্রাফ তোলা এবং অডিও ভিডিও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এসব সরঞ্জাম চিকিৎসা প্রদান করতে/রোগ নির্ণয় করতে অথবা চিকিৎসাগত, বৈজ্ঞানিক এবং/অথবা ব্যক্তিগত সুরক্ষার উদ্দেশ্যে সম্পন্ন করতে যাওয়া প্রসিডিউরের জন্য ব্যবহার করা হতে পারে।
- যেভাবে আলোচনা করা হয়েছে এবং আমি সম্মতি প্রদান করেছি সে অনুযায়ী, আমার জীবন বা স্বাস্থ্যের উপকার করার উদ্দেশ্যে সেবা প্রদানকারী আমার এবং/অথবা আমার সন্তানের সেবার ক্ষেত্রে পরিবর্তন করতে পারেন।
- যদি আমি সন্তান জন্মদানের জন্য এখানে আসি, সেবা প্রদানকারী ও অন্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবীরা আমার বাচ্চাকে সেবা দিতে পারবেন।
- যদি আমি কোনো শেয়ারকৃত মেডিকেল অ্যাপয়েন্টমেন্টে অংশগ্রহণ করি, আমি অন্য রোগীদের সাথে এই অ্যাপয়েন্টমেন্টে অংশগ্রহণ করবো। এসব অ্যাপয়েন্টমেন্টের সময়, আমার সেবা প্রদানকারী অন্যদের সাথে আমার ব্যক্তিগত তথ্য শেয়ার করতে পারবেন।
- সেবা প্রদানকারী আমার রক্ত, প্রস্রাব ও অন্য দেহজ তরলের/টিস্যুর নমুনা (“নমুনা”) সংগ্রহ করতে পারবেন। আমি সেবা প্রদানকারীকে বৈজ্ঞানিক ও শিক্ষাদানের উদ্দেশ্যের পাশাপাশি এসব নমুনার উপর আমার রোগ নির্ণয়ের সাথে সম্পর্কিত নয় এমন অন্যান্য পরীক্ষা সম্পন্ন করার উদ্দেশ্যে নমুনাপত্রগুলো রেখে দেওয়া ও সংরক্ষণ করার অনুমোদন প্রদান করছি। সেবা প্রদানকারী তার নিজস্ব বিবেচনা অনুযায়ী এসব নমুনা ফেলে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারবেন।

**আমি বুঝতে পেরেছি যে:**

- আমি প্রশ্ন জিজ্ঞেস করবো।
- আমি সচেতন আছি যে, মেডিসিন ও সার্জারির অনুশীলন কোনো নিখুঁত বিজ্ঞান নয়। Corewell Health-এ আমার চিকিৎসা, সেবা, বা পরীক্ষার ফলাফলের ব্যাপারে কেউ আমাকে কোনো প্রতিশ্রুতি বা নিশ্চয়তা দেয়নি।
- শিক্ষার্থীরা ও কর্মীরা আমার সাথে দেখা করতে পারবেন, এবং শিক্ষাদান বা গবেষণার উদ্দেশ্যে আমার মেডিকেল রেকর্ড দেখতে পারবেন।
- আমি কে তা কর্মীরা দ্বিতীয় বার চেক করে নিবেন। আমি কী সম্পন্ন করতে যাচ্ছি সেটা তারা আমাকে জিজ্ঞেস করবেন। এটি আমাকে সুরক্ষিত রাখার জন্য করা হবে।
- কিছু সেবা প্রদানকারী ও কর্মী Corewell Health-এর কর্মচারী নন। আমি জানি যে Corewell Health তাদের সেবাদান বা অন্য কাজের জন্য দায়বদ্ধ নয়। আমি আরো জানি যে তারা Corewell Health-এর কোনো লোকেশনে আমাকে পরিষেবা প্রদান করলেও আমি তাদের কাছ থেকে পৃথক বিল পাবো। আমার বিমা সম্পর্কিত প্রশ্নগুলোর উত্তর দেওয়ার জন্য আমি তাদের অফিসের সাথে কাজ করবো।
- আমার সেবার ক্ষেত্রে সাহায্য করেছেন এমন কেউ যদি আমার রক্ত বা দেহজ তরলের সংস্পর্শে আসে, তাহলে মিশিগানের আইনে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদেরকে আমার সম্মতি ছাড়াই HIV (AIDS ভাইরাস) অথবা হেপাটাইটিসের জন্য আমার রক্ত পরীক্ষা করার অনুমতি দেওয়া হয়েছে।
- Corewell Health-এর আর্থিক সহায়তার জন্য উপযুক্ততার নীতিমালার একটি কপি অনুরোধ সাপেক্ষে নিবন্ধনের সব এলাকায় এবং আমাদের ওয়েবসাইটে <https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance> ঠিকানায় পাওয়া যাবে।
- জাতি, বর্ণ, জেন্ডার, জাতিগত উৎস, বয়স, অক্ষমতা, লিঙ্গ অথবা ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় আইন দ্বারা নিষিদ্ধ কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে আমার সেবা প্রদানকারী, অন্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবী বা কর্মীদের বিরুদ্ধে কোনো বৈষম্য Corewell Health সহ্য করবে না।
- আমার অবস্থার জন্য কোনো বিশেষজ্ঞের কাছে রেফার করার প্রয়োজন হলে, আমি বুঝতে পেরেছি যে আমাকে একজন সেবা প্রদানকারী বেছে নিতে বলা হবে। আমি Corewell Health-কে আমার পছন্দের সেবা প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করতে বলার সুযোগ পাবো অথবা যদি আমার কোনো পছন্দ না থাকে, তাহলে Corewell Health-এর “অন-কল” তালিকা থেকে একজন স্বতন্ত্র

**উল্টান →**

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



## সাধারণ, চিকিৎসা এবং তথ্য প্রকাশ (চলমান) পৃষ্ঠা 4 এর 2

সেবা প্রদানকারীকে ফোন করা হবে। এই সেবা প্রদানকারী আমার বিমা কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করে কিনা তা নির্বিশেষে আমি এই সেবা প্রদানকারী দ্বারা আমাকে প্রদান করা পেশাগত পরিষেবাগুলোর জন্য আমার বিমা কোম্পানিকে বিল পাঠানোর ব্যাপারে সম্মতি দিচ্ছি।

- এই সম্মতি আমার স্বাক্ষর করার তারিখ থেকে এক (1) বছরের জন্য কার্যকর থাকবে।

### আমার মেডিকেল তথ্য:

- COREWELL HEALTH আমার মেডিকেল তথ্য নিম্নলিখিতদের কাছে প্রকাশ করতে পারে:
  - আমি অথবা আমার সন্তানের গ্রহণ করা পরিষেবাগুলোর পেমেন্টের জন্য বিমা কোম্পানি, হেলথ প্ল্যান ও এডমিনিস্ট্রেটরদের কাছে।
  - মেডিকেয়ার ও মেডিকেইড এর মতো সরকারি সংস্থাগুলোর কাছে অথবা আইন অনুযায়ী প্রযোজ্য ক্ষেত্রে।
  - আমার সেবা প্রদানকারীদের কাছে এবং বর্তমানে অথবা ভবিষ্যতে আমার সেবার সঙ্গে জড়িত অন্যদের কাছে।
  - আমার নিয়োগকর্তার কাছে, যদি রেকর্ডগুলো এমন সেবা বা পরিষেবার সাথে সম্পর্কিত হয় যেগুলোর জন্য আমার নিয়োগকর্তা পেমেন্ট করেছে, অথবা আইন অনুযায়ী অনুমোদিত অন্যান্য উদ্দেশ্যে।
  - আমার বিলের কিছু বা সম্পূর্ণ অংশ পরিশোধ করার জন্য দায়িত্বশীল যেকোনো ব্যক্তি বা সত্তার কাছে।
- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে Corewell Health আমার অথবা আমার সন্তানের ছবি তুলতে পারবে এবং আমার ইলেক্ট্রনিক মেডিকেল রেকর্ডে সেটি সংরক্ষণ করতে পারবে। আমি বুঝতে পেরেছি যে রোগীর অভিজ্ঞতা উন্নত করার লক্ষ্যে Corewell Health শনাক্তকরণের উদ্দেশ্যে এই ছবি ব্যবহার করবে।
- আমি বুঝতে পেরেছি যে স্টেটের আইন, ফেডারেল আইন ও নীতিমালা অনুযায়ী Corewell Health আমার অথবা আমার সন্তানের মেডিকেল তথ্য রেখে দিবে। আমি আরো বুঝতে পেরেছি যে আমার মেডিকেল তথ্য ইলেক্ট্রনিকভাবে সংরক্ষণ করা হতে পারে এবং ইলেক্ট্রনিকভাবে অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং/অথবা অর্থ পরিশোধকারীর কাছে পাঠানো হতে পারে অথবা তাদের কাছ থেকে গ্রহণ করা হতে পারে। আমার রোগ নির্ণয় (আমার কী সমস্যা হয়েছে), চিকিৎসা (আমাকে আরো ভালো করে তোলার জন্য কী করা হচ্ছে), এবং ওষুধ বা প্রেসক্রিপশনের তথ্য এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। এছাড়া আমার মানসিক স্বাস্থ্য, সংক্রামক রোগ (যেমন HIV), এবং অন্যান্য সমস্যা যেমন মাদক বা অ্যালকোহল ব্যবহার সংক্রান্ত সমস্যার যেকোনো বিস্তারিত তথ্য এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকবে।
- আমি আমার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য (Protected Health Information, PHI) আমার MyChart (রোগীর পোর্টাল) অ্যাকাউন্টে পাঠানোর জন্য অনুমোদন দিচ্ছি। MyChart একটি নিরাপদ ইন্টারনেট পোর্টাল যেটি আমাকে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য দেখা, গ্রহণ করা ও ব্যবস্থাপনা করার সুযোগ দেয়।
- আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের (PHI) মধ্যে অত্যন্ত ব্যক্তিগত তথ্য (যেমন শারীরিক/মানসিক অসুস্থতা, অ্যালকোহল/মাদকের অপব্যবহার, যৌনবাহিত সংক্রমণ (STI), HIV/AIDS, ইত্যাদি) অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। যদি আমি কাউকে আমার MyChart পোর্টালের অ্যাক্সেস প্রদান করি অথবা আমার PHI কোনো তৃতীয় পক্ষের সাথে শেয়ার করার জন্য অনুরোধ করি, তাহলে সেই তৃতীয় পক্ষ আমার PHI দেখতে সক্ষম হবে (যার মধ্যে অত্যন্ত ব্যক্তিগত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে)। অন্যদেরকে আমার PHI অ্যাক্সেস করার অনুমতি দেওয়ার মাধ্যমে, আমি সম্মতি দিচ্ছি যে তারা আমার HIV/AIDS সংক্রান্ত অবস্থা সহ একান্ত ব্যক্তিগত তথ্য দেখতে পারবে।
- কিছু ক্ষেত্রে, Corewell Health-এর জন্য স্বাস্থ্য বিভাগের মতো কোনো সংস্থার কাছে মেডিকেল তথ্য রিপোর্ট করা আইন অনুযায়ী আবশ্যিক হয়ে থাকে। HIV, TB ও অন্যান্য রোগ সংক্রান্ত তথ্য এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।
- যদি আমাকে আরেকটি ফ্যাসিলিটিতে স্থানান্তর করা হয়, তাহলে আমার সেবার ক্ষেত্রে ফলোআপ করা এবং/অথবা মেডিকেল গবেষণার জন্য সেই তথ্য ব্যবহার করার জন্য Corewell Health-এর সেবা প্রদানকারী/রেসিডেন্ট সেবা প্রদানকারী আমার মেডিকেল রেকর্ড অ্যাক্সেস করতে পারেন।

### গোপনীয়তা সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি:

- আমি অথবা আমার সন্তান পরিষেবা গ্রহণ করার সময় আমার কিছু অধিকার ও দায়িত্ব রয়েছে। গোপনীয়তার রীতি সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তির একটি কপি পাওয়ার সুযোগ আমার হয়েছে এবং সেই বিজ্ঞপ্তিতে থাকা তথ্য সম্পর্কে প্রশ্ন জিজ্ঞেস করার সুযোগ হয়েছে।

### মূল্যবান জিনিসপত্র:

- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে Corewell Health আমার জিনিসপত্র সুরক্ষিত রাখার জন্য দায়িত্বশীল নয় এবং আমি আমার মূল্যবান জিনিসপত্র বাড়িতে রেখে আসবো।

### রোগীর অধিকার ও ক্ষমতা:

- আমি বুঝতে পেরেছি যে আমি প্রতিহিংসা বা প্রতিশোধ গ্রহণের সম্মুখীন হওয়ার ভয় ছাড়াই কোনো উদ্বেগ বা অভিযোগ দায়ের করতে পারি। তীক্ষ্ণভাবে অথবা একটি উপযুক্ত সময়সীমার মধ্যে আমার উদ্বেগ সমাধান করার প্রচেষ্টা গ্রহণ করা হবে। যদি একজন রোগী হিসেবে আমার অধিকারগুলো সম্পর্কে আমার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আমি প্রশ্ন জিজ্ঞেস করতে পারবো। ফোন করার জন্য ফোন নম্বর হলো 855.613.2262.  
এছাড়া আমি যে লোকেশনে সেবা গ্রহণ করেছি সেখানে রোগীর ও পরিবারের অভিজ্ঞতা বিষয়ক প্রতিনিধির কাছেও আমি আমার উদ্বেগ প্রকাশ করতে পারি।

### যোগাযোগের জন্য সম্মতি:

- আমি Corewell Health-কে আমার বাড়ির এবং/অথবা সেলুলার টেলিফোন নম্বর এবং একটি ইমেইল ঠিকানা দিয়েছি। Corewell Health এবং/অথবা এর এজেন্ট/তৃতীয় পক্ষগুলোর তরফ থেকে অটোডায়াল করা এবং/অথবা আগে থেকে রেকর্ড করা টেলিফোন কল, টেক্সট মেসেজ এবং/অথবা ইমেইল গ্রহণ করতে আমি সম্মতি দিচ্ছি। এসব যোগাযোগের মধ্যে বিলিং অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আমার ফোন সেবা প্রদানকারীর আরোপ করা যেকোনো যোগাযোগের চার্জ পরিশোধ করার দায়িত্ব আমার। এই অনুমোদন

স্বচ্ছামূলক। যদি আমি “যোগাযোগের জন্য সম্মতি” নাও দিয়ে থাকি, তারপরেও আমি চিকিৎসা নিতে পারবো।

- Corewell Health-এর তরফ থেকে আসা টেক্সট মেসেজে আমার অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখ ও সময়, আমার (সেবা প্রদানকারীর নাম, আমার অ্যাপয়েন্টমেন্টের সময়সূচি যেখানে নির্ধারণ করা হয়েছে সেই লোকেশনের নাম ও ঠিকানা, এবং আমার অ্যাপয়েন্টমেন্টের জন্য প্রস্তুতি নিতে আমার যা জানা প্রয়োজন, বকেয়া অর্থের পরিমাণ, অথবা সীমিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।
- আমার Corewell Health-এর মেডিকেল রেকর্ডের ফাইলে থাকা আমার সেলফোন নম্বরে এনক্রিপ্ট না করা টেক্সট মেসেজ পাঠানোর জন্য আমি Corewell Health-কে অনুমোদন দিচ্ছি। আমি বুঝতে পেরেছি যে:
  - টেক্সট মেসেজগুলো এনক্রিপ্ট করা নয়। এনক্রিপ্ট না করা টেক্সট মেসেজে পাঠানো স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যে অন্যরা হস্তক্ষেপ করতে পারে এবং দেখতে পারে। এনক্রিপ্ট না করা টেক্সট মেসেজের ক্ষেত্রে অন্যান্য ঝুঁকি রয়েছে, যেমন ভুল প্রাপকের কাছে টেক্সট মেসেজ চলে যাওয়া, অন্যদের কাছে মেসেজ ফরোয়ার্ড হয়ে যাওয়া, এবং কোনো নিরাপত্তা নেই এমন সার্ভারগুলোতে মেসেজ সংরক্ষিত হওয়া। এনক্রিপ্ট না করা টেক্সট মেসেজের মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য গ্রহণ করতে বেছে নেওয়ার মাধ্যমে আপনি এসব ঝুঁকি স্বীকার করছেন ও মেনে নিচ্ছেন।
  - এই অনুমোদন আমি টেক্সট মেসেজ গ্রহণ করার জন্য আমার অনুমতি প্রত্যাহার করা বা তুলে নেওয়ার আগ পর্যন্ত বৈধ থাকবে।
  - আমি আমার সেবা প্রদানকারীর অফিসে অথবা 877.308.5083 নম্বরে ফোন করে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে বা তুলে নিতে পারবো, তবে প্রত্যাহার করা বা তুলে নেওয়ার নির্দেশ পাওয়ার আগে গৃহীত পদক্ষেপের ক্ষেত্রে এর ব্যতিক্রম ঘটবে।

### পেমেন্ট ও বিল পাওয়ার ব্যাপারে অনুমোদন:

- Corewell Health-এর জন্য যেকোনো তৃতীয় পক্ষ এবং আমার কাছ থেকে পেমেন্ট চাওয়ার অনুমোদন রয়েছে। আমি Corewell Health-কে আমার পক্ষ থেকে যেকোনো তৃতীয় পক্ষের কাছ থেকে বেনিফিট সংগ্রহ করার জন্য এবং আমার এবং/অথবা Corewell Health-এর প্রাপ্য চেক এনডোর্স করার জন্য অনুমোদন দিচ্ছি।
- আমার মেডিকেল কেয়ার ও চিকিৎসার পেমেন্ট প্রদান করার জন্য দায়িত্বশীল যেকোনো বিমা কোম্পানিকে আমি প্রদত্ত পরিষেবার জন্য Corewell Health-কে পেমেন্ট করার জন্য অনুমোদন দিচ্ছি। আমি বুঝতে পেরেছি যে বিমা দ্বারা কভার না করা যেকোনো চার্জ পরিশোধের দায়িত্ব আমার।
- Corewell Health অথবা এটির ফ্যাসিলিটিগুলোর আমাকে প্রদান করা যেকোনো পরিষেবার জন্য অনুমোদিত মেডিকেয়ার বেনিফিটের জন্য আমার প্রাপ্য পেমেন্ট (আমার পক্ষ থেকে) Corewell Health-কে দেওয়ার জন্য আমি অনুরোধ করছি।
- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে প্রাপ্য অর্থ সময়মতো পরিশোধ করা না হলে, Corewell Health সেই অর্থ সংগ্রহ করার জন্য একজন আইনজীবী এবং/অথবা কালেকশন এজেন্সির সাহায্য নিতে পারে। বকেয়া অর্থ সংগ্রহ করার সাথে সম্পর্কিত সব খরচ, চার্জ ও ফি-এর জন্য Corewell Health-এর ব্যয়কৃত অর্থ পরিশোধ করা আমার দায়িত্ব। এর মধ্যে যুক্তিসঙ্গত সুদ, মামলা দায়ের করা হলে সেক্ষেত্রে আইনি খরচ এবং আইনজীবীর যুক্তিসঙ্গত ফি এবং/অথবা কালেকশন এজেন্সির যুক্তিসঙ্গত ফি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, যার মধ্যে প্রদেয় অর্থের শতকরা হারের ভিত্তিতে নির্ধারিত ফি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
- আমি সম্মতি দিচ্ছি যে পেমেন্টের জন্য আমার প্রদান করা তথ্য সঠিক। আমি জানি যে পরিষেবাগুলোর জন্য প্রি-সার্টিফিকেশন ও পূর্ব-অনুমোদন গ্রহণ করা আমার দায়িত্ব।
- যদি আমি চাই যে Corewell Health আমার বিমা কোম্পানির কাছে বিল পাঠাবে না, তাহলে আমাকে অবশ্যই পরিষেবা গ্রহণের সময় তাদেরকে জানাতে হবে।
- নির্দিষ্ট কিছু বিমাবিহীন (নিজে অর্থ পরিশোধ করা) ছাড় অথবা আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির জন্য আমি উপযুক্ত কিনা তা নির্ণয় করতে Corewell Health একটি ক্রেডিট রিপোর্ট সংগ্রহ করতে পারে। এটি আমার ক্রেডিট স্কোরকে প্রভাবিত করবে না।
- অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের বিবাহ বিচ্ছেদ হওয়া বাবা-মা:
  - Corewell Health-এর মেডিকেল রেকর্ড সিস্টেমে একজন বাবা বা মা/আইনি অভিভাবককে একজন গ্যারান্টর (বিল পরিশোধ করার জন্য দায়ী ব্যক্তি) হিসেবে নিযুক্ত করার সুযোগ রয়েছে। বিমার মাধ্যমে কভার না হওয়া যেকোনো চার্জের পেমেন্ট সম্পর্কে পরস্পরের সাথে (নিজেদের মধ্যে) যোগাযোগ করে নেওয়া বাবা-মার দায়িত্ব।
- বহির্বিভাগের মেডিকেয়ার রোগী:
  - আমি জানি যে মেডিকেয়ারের নিয়ম অনুযায়ী একজন বহির্বিভাগের রোগী হিসেবে আমাকে প্রদান করা নিজে নিজে গ্রহণ করার ওষুধের জন্য আমি দায়িত্বশীল থাকিবো। নিজে নিজে গ্রহণ করার ওষুধগুলো সাধারণত এমন ওষুধ হয় যেগুলো আমি পেশাগত সাহায্য ছাড়া গ্রহণ করে থাকি, কিন্তু বহির্বিভাগে যেমন জরুরি বিভাগের বহির্বিভাগে অথবা পর্যবেক্ষণে থাকাকালীন সেবা

## সাধারণ, চিকিৎসা এবং তথ্য প্রকাশ (চলমান) পৃষ্ঠা 4 এর 4

প্রদানকারী কর্মীরা সেগুলো প্রদান করতে পারেন। মেডিকেশ্যারের জন্য এসব ওষুধের জন্য মেডিকেশ্যারের রোগীদের অথবা অন্য তৃতীয় পক্ষগুলোকে বিল করা আবশ্যিক। মেডিকেশ্যার পাট ডি-এর সুবিধাভোগীরা মেডিকেশ্যারের ড্রাগ প্ল্যানের তালিকাভুক্তির উপকরণ অনুযায়ী এসব ওষুধের জন্য ব্যয়কৃত অর্থ পরিশোধের সম্ভাব্য সুযোগ পেতে মেডিকেশ্যার পাট ডি-কে বিল করতে পারেন।

### নিযুক্তি:

- আমি Corewell Health-কে নিযুক্ত করছি:
  - Corewell Health-এ আমার চার্জগুলোর ব্যাপারে, সব বেনিফিট, দাবি, এবং সব অধিকার, যার মধ্যে পেমেন্ট চাওয়ার উদ্দেশ্যে যেকোনো তৃতীয় পক্ষকে বিল করার এবং তাদের সাথে কথা বলার অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
  - Corewell Health-এ আমার চার্জগুলোর সাথে সম্পর্কিত মামলা দায়ের করার অথবা সেগুলোর সাথে সম্পর্কিত যেকোনো মামলা বা বিচারিক প্রক্রিয়ায় হস্তক্ষেপ করার অধিকার।
  - Corewell Health-এ আমার চার্জগুলোর পেমেন্ট চাওয়ার জন্য অন্য যেকোনো পদক্ষেপ গ্রহণ করার অধিকার।
- এই অধিকার নিযুক্ত করার মধ্যে যেকোনো অর্থ পরিশোধকারীর তরফ থেকে আমার Corewell Health-এর চার্জগুলোর পেমেন্ট করতে অস্বীকৃতি জানানোর বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, যার মধ্যে নিয়োগকর্তার পৃষ্ঠপোষকতার পরিচালিত যেকোনো সুবিধার প্ল্যান, বিমা নীতিমালা অথবা আইন বা চুক্তি অনুযায়ী প্রদত্ত বিমার কভারেজ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।
- এছাড়া আমার Corewell Health-এর চার্জগুলোর পেমেন্ট মীমাংসা করা, প্রদান করা অথবা রেখে দেওয়ার, অথবা যেকোনোভাবে আমার Corewell Health-এর চার্জগুলোর পেমেন্ট বা ব্যয়কৃত অর্থ পরিশোধ হওয়াকে ঝুঁকিগ্রস্ত করবে যেমন অন্য যেকোন পদক্ষেপ গ্রহণ করার অধিকার আমি Corewell Health-কে নিযুক্ত করছি এবং আমি এসব অধিকার পরিত্যাগ করতে সম্মতি দিচ্ছি।
- এছাড়া আমার Corewell Health-এর চার্জগুলোর পেমেন্ট চাওয়ার জন্য আমি Corewell Health-কে আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি হিসেবে নিযুক্ত করছি। যেকোনো বেনিফিট দাবি করার জন্য, যার মধ্যে 1974 সালের কর্মচারীদের অবসরকালীন আয়ের নিরাপত্তা আইনের আওতায় প্রদত্ত বেনিফিট অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, এবং বেনিফিট সংক্রান্ত বিরূপ সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার জন্য আমার পক্ষ থেকে পদক্ষেপ গ্রহণের জন্য আমি Corewell Health-কে অনুমোদন দিচ্ছি। আমি বিমার সব বেনিফিট চাওয়ার ক্ষেত্রে Corewell Health-কে সহায়তা করতে সম্মতি দিচ্ছি এবং যেকোনো বিমা পরিকল্পনার জন্য আবশ্যিক কো-ইন্স্যুরেন্স, কো-পেমেন্ট ও ডিডাক্টিবল পরিশোধ করতে সম্মতি দিচ্ছি।
- প্রাপ্ত যেকোনো অর্থ আমার Corewell Health-এর চার্জগুলোর ক্ষেত্রে প্রয়োগ করার জন্য আমি Corewell Health-কে অনুমোদন ও নির্দেশনা প্রদান করছি।

### অনুবাদ:

- আমি বুঝতে পেরেছি যে অনুরোধ সাপেক্ষে আমি অন্যান্য ভাষায় এই ডকুমেন্ট অ্যাক্সেস করতে পারবো। এই ডকুমেন্টের একটি কপি এবং এটির অনুবাদ আমাদের ওয়েবসাইটে <https://corewellhealth.org/generalconsent> ঠিকানায় পাওয়া যাবে।

### রোগীর স্বাক্ষর(সমূহ):

আমি এই ফর্ম পড়েছি এবং আমি এটি বুঝতে পেরেছি। আমার সব প্রশ্নের উত্তর দেয়া হয়েছে।

সময় \_\_\_\_\_  AM  PM তারিখ \_\_\_\_\_ রোগীর স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

রোগীর বয়স 18 বছরের কম অথবা অন্যথায় সম্মতি দিতে সক্ষম নয় কারণ \_\_\_\_\_

সময় \_\_\_\_\_  AM  PM তারিখ \_\_\_\_\_ বাবা বা মা/আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

স্পষ্টাক্ষরে নাম লিখুন \_\_\_\_\_

### STAFF SIGNATURE(S):

Witness signature \_\_\_\_\_

Second witness needed for Verbal Consent:

Witness signature \_\_\_\_\_

### INTERPRETING SERVICES:

I certify that I have interpreted, to the best of my ability, into and from the participant's stated primary language, \_\_\_\_\_, all oral presentations made by all of those present during the informed consent discussion.

TIME \_\_\_\_\_  AM  PM DATE \_\_\_\_\_ Interpreter signature \_\_\_\_\_

Interpreter name (print) \_\_\_\_\_