

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

দ্রষ্টব্য:

এই ফর্মের জন্য, Corewell Health বলতে Corewell Health এর যেকোনো বা সমস্ত ফ্যাসলিটি এবং লোকেশনগুলিকে বোঝায়।

বৈষম্যহীনতার বজ্রপ্ত:

Corewell Health প্রয়োজ্য নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতিসত্তা, জাতগিত উৎস, বয়স, এইচআইভি অবস্থা, বৈবাহিক স্থিতি, লিঙ্গ (আইন এবং Corewell Health নীতি অনুযায়ী সংজ্ঞায়িত), যৌন অভিমুখিতা, লিঙ্গ পরিচয় বা বহিঃপ্রকাশ, প্রতিনিধিতা, ধর্ম, আর্থসামাজিক অবস্থা বা পরিষেবার মূল্য পরিশোধের উৎস, উচ্চতা, ওজন, প্রাক্তন সমরকর্মীর স্থিতি, সংশ্লিষ্টতা কিংবা ফডোরলে, স্টেটে বা স্থানীয় আইনের আওতাভুক্ত অন্য কোনো সুরক্ষিত বৈশিষ্ট্যের ভিত্তিতে মানুষের সাথে বৈষম্য করে না, কাউকে বাদ দিয়ে না বা ভিন্নভাবে আচরণ করে না।

আমি সম্মত হচ্ছি:

- Corewell Health-এ পরিষেবা প্রদানকারী, রসেডিন্ট, শিক্কার্থী এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদারদের দ্বারা পরীক্ষা করাতে ও চকিৎসা গ্রহণ। এর মধ্যে সশরীরে, যৌথ মডেকিলে অ্যাপয়েন্টমেন্টে, টেলিমেডিসিন, ডিডিও ধারণ, ছবিতোলা এবং অডিও ডিভাইসের ব্যবহার অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এই উপকরণগুলি চকিৎসা/রোগ নির্ণয়ের জন্য অথবা চকিৎসা, বজ্রপ্তনিক এবং/অথবা ব্যক্তিগত নিরাপত্তার উদ্দেশ্যে বিভিন্ন প্রক্রিয়া সম্পাদনের জন্য ব্যবহার করা হতে পারে।
- আলোচনা ও পারস্পরিক সম্মতির ভিত্তিতে, পরিষেবা প্রদানকারী আমার জীবন বা স্বাস্থ্যের উপকারের জন্য আমার এবং/অথবা আমার সন্তানের পরিচর্যা পরিবর্তন করতে পারেন।
- যদি আমি এখানে সন্তান জন্ম দিতে এসে থাকি, তবে পরিষেবা প্রদানকারী এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদাররা আমার বাচ্চার পরিচর্যা করতে পারেন।
- যদি আমি কোনো যৌথ মডেকিলে অ্যাপয়েন্টমেন্টে অংশগ্রহণ করি, তবে আমি অন্যান্য রোগীদের সাথে এই অ্যাপয়েন্টমেন্টে উপস্থিত থাকব। এই অ্যাপয়েন্টমেন্টগুলির সময়, আমার পরিষেবা প্রদানকারী আমার সম্পর্কে ব্যক্তিগত তথ্য অন্যদের সাথে শেয়ার করতে পারেন।
- পরিষেবা প্রদানকারী আমার রক্ত, মূত্র এবং শরীরের অন্যান্য তরল/টস্যুর নমুনা (“নমুনা”) সংগ্রহ করতে পারেন। আমি পরিষেবা প্রদানকারীকে অনুমতি দিচ্ছি যে তিনি এই নমুনাগুলো সংগ্রহ, বিশ্লেষণ, সংরক্ষণ এবং রক্ষণাবেক্ষণ করতে পারেন, যাত্রে এগুলো রুটিন ক্লিনিক্যাল উদ্দেশ্যে এবং পরিচয় অগোচর রাখতে ল্যাবরেটরি যন্ত্রপাতি ক্যালিব্রিটে করা, পরীক্ষা যাচাই করা, নতুন কর্মী ও শিক্কার্থীদের প্রশিক্ষণ দেওয়ার মতো প্রক্রিয়ায় ব্যবহার করা যায়।

আমি বুঝতে পারছি যে:

- আমি প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করতে পারবো।
- আমি জানি যে ঔষধ এবং সার্জারি কোনো নথিত বজ্রপ্তন নয়। Corewell Health-এ আমার চকিৎসা, পরিচর্যা বা পরীক্ষার ফলাফল সম্পর্কে কারো পক্ষ থেকে আমাকে কোনো প্রতিনিধিতা বা নশ্চয়তা দেওয়া হয়না।
- শিক্কার্থী এবং কর্মীরা পাঠদান বা গবেষণার উদ্দেশ্যে আমাকে এবং আমার চকিৎসা নথি দেখতে পারেন।
- কর্মীরা আমার পরিচয় নশ্চিত করার জন্য পুনরায় যাচাই করবেন। তারা আমাকে জিজ্ঞাসে করবেন আমি কী চকিৎসা বা প্রক্রিয়া করাচ্ছি। এটি আমাকে সুরক্ষা করার জন্য।
- কিছু পরিষেবা প্রদানকারী এবং কর্মী Corewell Health-এর কর্মী নন। আমি জানি যে Corewell Health তাদের পরিচর্যা বা অন্যান্য কর্মকাণ্ডের জন্য দায়ী নয়। আমি এটাও জানি যে তারা Corewell Health এর কোনো স্থানে আমাকে পরিষেবা প্রদান করলেও তাদের কাছ থেকে আমি আলাদা আলাদা বলি পতে পারি। আমার বমি সম্পর্কে প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমি তাদের অফিসের সঙ্গ্রে সমন্বয় করে কাজ করব।

অপর পৃষ্ঠা →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



জনোরলে, চকিৎসা এবং তথ্যের প্রকাশ (চলমান) পৃষ্ঠা 2/ 6

আমি বুঝতে পারছি যে: (চলমান)

- মশিগিন আইন অনুযায়ী, যদি আমার পরিচর্যা সহায়তাকারী কোনো ব্যক্তি আমার রক্ত বা শরীরের তরলরে সংস্পর্শে আসে, তবে আমার সম্মতি ছাড়াই স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আমার রক্তে এইচআইভি (এইডস ভাইরাস) বা হপোটাইটিস পরীক্ষা করতে পারেন।
- Corewell Health আর্থিক সহায়তার ক্ষেত্রে যোগ্যতা নীতির একটি কপি অনুরোধ করলে সমস্ত রজিস্ট্রেশন এরিয়াতে এবং আমাদের ওয়েবসাইট <https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance> -এ পাওয়া যাচ্ছে।
- জাতি, বর্ণ, লিঙ্গ, জাতীয় উৎস, বয়স, প্রতিবন্ধিতা, লিঙ্গ বা ফডোরলে, স্টেট বা স্থানীয় আইন অনুযায়ী নষিদি অন্যান্য কোনো ভিত্তিতে আমার পরিষেবা প্রদানকারী, অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার বা কর্মীদের প্রতি বৈষম্য Corewell Health সহ্য করবে না।
- আমার অবস্থার কারণে যদি আমাকে কোনো বিশেষজ্ঞের কাছে রেফারের প্রয়োজন হয়, তবে আমি বুঝি যে আমাকে আমার পছন্দে পরিষেবা প্রদানকারীর কথা জিজ্ঞাসা করা হবে। আমার পছন্দে পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে Corewell Health এর যোগাযোগ করানোর সুযোগ আমার থাকবে, যদি আমার পছন্দে কোনো পরিষেবা প্রদানকারী না থাকে তবে Corewell Health এর "অন-কল" তালিকা থেকে একজন স্বতন্ত্র পরিষেবা প্রদানকারীকে কল করা হবে। এই পরিষেবা প্রদানকারী আমার ইনস্যুরেন্স প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ করুক বা না করুক, এই পরিষেবা প্রদানকারীর দেওয়া পেশাদার সেবার জন্য আমি আমার ইনস্যুরেন্স কোম্পানিকে বলি করার সম্মতি দিচ্ছি।
- এই সম্মতিটি আমার স্বাক্ষরের তারিখ থেকে এক (1) বছরের জন্য বৈধ।

আমার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য:

- COREWELL HEALTH আমার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য নমিনলখিতিদে কাছে প্রকাশ করতে পারে:
 - ইনস্যুরেন্স কোম্পানি, হলেথ প্ল্যান এবং অ্যাডমিনিস্ট্রেটরদের কাছে, আমি বা আমার সন্তান যিনি পরিষেবাগুলি পায় তার পমেন্টের জন্য।
 - Medicare এবং Medicaid-এর মতো সরকারি এজেন্সিগুলি বা আইন অনুযায়ী যা প্রয়োজন।
 - আমার পরিষেবা প্রদানকারীরা এবং বর্তমানে বা ভবিষ্যতে আমার পরিচর্যার সাথে জড়িত অন্যরা।
 - আমার নিয়োগকর্তা, যদি রেকর্ডগুলি আমার নিয়োগকর্তার পমেন্ট করা পরিচর্যা বা সেবার সাথে সম্পর্কিত হয়, অথবা আইনের অধীনে অনুমোদিত অন্যান্য উদ্দেশ্যে।
 - আমার বলির সম্পূর্ণ বা আংশিক পরিশোধের দায়িত্ব থাকা যিনি কোনো ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠান।
- আমি সম্মত হচ্ছি যে Corewell Health আমার বা আমার সন্তানের ছবি তুলতে পারে এবং স্টেট আমার ইলেক্ট্রনিক মডিকলে রেকর্ডে সংরক্ষণ করতে পারে। আমি বুঝতে পারছি যে রোগীকে শনাক্ত করার উদ্দেশ্যে এবং রোগীসেবার অভিজ্ঞতা উন্নত করার লক্ষ্যে Corewell Health এই ছবিটি ব্যবহার করবে।
- আমি বুঝতে পারছি যে রাজ্য আইন, ফডোরলে আইন ও নীতিমালা অনুযায়ী Corewell Health আমার বা আমার সন্তানের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য সংরক্ষণ করবে। আমি আরও বুঝতে পারছি যে আমার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ইলেক্ট্রনিকভাবে সংরক্ষণ করা হতে পারে এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং/অথবা অর্থপ্রদানকারীদের কাছে ইলেক্ট্রনিকভাবে পাঠানো বা তাদের কাছে গ্রহণ করা হতে পারে। এর মধ্যে আমার রোগ নির্ণয় (আমার কী সমস্যা হয়েছে), চিকিৎসা (আমাকে সুস্থ করার জন্য কী করা হচ্ছে), এবং ঔষধ বা প্রসক্রিপশন সংক্রান্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। এর মধ্যে আমার মানসিক স্বাস্থ্য, সংক্রামক রোগ (যেমন এইচআইভি) এবং মাদক বা অ্যালকোহল ব্যবহারের সমস্যার মতো অন্যান্য বিষয়ের সব বিস্তারিত তথ্যও অন্তর্ভুক্ত থাকবে।
- আমি আমার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য (protected health information, PHI) আমার MyChart (রোগীর পোর্টাল) অ্যাকাউন্টে পাঠানোর অনুমোদন দিচ্ছি। MyChart হলো একটি নিরাপদ ইন্টারনেট পোর্টাল, যার মাধ্যমে আমি আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য দেখতে, গ্রহণ করতে এবং পরিচালনা করতে পারি।
- আমি বুঝতে পারছি যে আমার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য (PHI) এর মধ্যে অত্যন্ত ব্যক্তিগত তথ্য থাকতে পারে (যেমন শারীরিক / মানসিক অসুস্থতা, অ্যালকোহল/মাদক সেবনের সমস্যা, যৌনবাহিত সংক্রমণ (sexually transmitted infections, STIs), এইচআইভি/এইডস ইত্যাদি)। আমি যদি কাউকে আমার MyChart পোর্টাল প্রবশের অনুমতি দিই বা আমার PHI কোনো তৃতীয় পক্ষের সাথে শেয়ার করার অনুরোধ করি, তবে সেই তৃতীয় পক্ষ আমার PHI দেখতে পারবে (যার মধ্যে অত্যন্ত ব্যক্তিগত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে)। অন্যদিকে আমার PHI-তে প্রবশের অনুমতি দিই আমি এতে সম্মত দিচ্ছি যে তারা আমার এইচআইভি/এইডস অবস্থা সহ আমার অত্যন্ত ব্যক্তিগত তথ্য দেখতে পারবে।

আমার চকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য: (চলমান)

- কিছু ক্ষেত্রে, আইন অনুযায়ী Corewell Health -কে স্বাস্থ্য বিভাগের মতো কোনও সংস্থার কাছে চকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য জানাতে হয়। এর মধ্যে এইচআইভি, টিবি এবং অন্যান্য রোগ সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।
- আমাকে যদি অন্য কোনও ফ্যাসলিটিতে ট্রান্সফার করা হয়, তাহলে আমার চকিৎসার অগ্রগতি অনুসরণ করতে এবং/অথবা চকিৎসা গবেষণার জন্য Corewell Health-এর পরষিবো প্রদানকারী / আবাসিক পরষিবো প্রদানকারীরা আমার মডেকিলে রেকর্ড দেখতে পারেন।

গোপনীয়তার নোটশি:

- যখন আমি বা আমার সন্তান পরষিবোগুলি গ্রহণ করি তখন আমার কিছু অধিকার এবং দায়িত্ব থাকে। আমি গোপনীয়তা নীতিমালার নোটশিরে একটি কপি পাওয়ার সুযোগ পয়েছে এবং এতে থাকা তথ্য সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগও পয়েছে।

মূল্যবান সামগ্রী:

- আমি সম্মত দিচ্ছি যে আমার সম্পত্তি সুরক্ষার জন্য Corewell Health দায়ী নয় এবং আমি আমার মূল্যবান সামগ্রী বাড়তি রেখে আসব।

রোগীর অধিকার এবং অভ্যর্থনা:

- আমি বুঝতে পারছি যে কোনও ধরনের প্রত্যাশিত বা হয়রানির ভয় ছাড়াই আমি উদ্বেগ বা অভ্যর্থনা জানাতে পারি। আমার উদ্বেগ দ্রুত অথবা উপযুক্ত সময়সীমার মধ্যে সমাধানের জন্য সর্বোচ্চ চেষ্টা করা হবে। রোগী হিসেবে আমার অধিকার সম্পর্কে আমার কোনও প্রশ্ন থাকলে আমি প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করতে পারি। তাদেরকে কল করার ফোন নম্বর হলো 855.613.2262। আমি যে স্থানে চকিৎসা সেবা গ্রহণ করি, সেখানে রোগী ও পরিবার অভিজ্ঞতা প্রতিনিধি (Patient and Family Experience Representative) কাছেও আমি আমার উদ্বেগ জানাতে পারি।

যোগাযোগের সম্মতি:

- আমি Corewell Health-কে আমার বাসার এবং/অথবা মোবাইল ফোন নম্বর এবং একটি ইমেল ঠিকানা প্রদান করছি। আমি Corewell Health এবং/অথবা এর এজেন্ট/তৃতীয় পক্ষের কাছ থেকে টেলিফোন কল, অটোডায়াল করা এবং/অথবা প্রেরিত রেকর্ডে টেলিফোন কল, টেক্সট মেসেজ, ইমেল পাওয়ার বিষয়ে Corewell Health কে সম্মতি জানাচ্ছি। এই যোগাযোগগুলির মধ্যে বহিঃ সংক্রান্ত বিষয়ও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আমার ফোন পরষিবো প্রদানকারী(দের) পক্ষ থেকে আরোপিত যেকোনো যোগাযোগ খরচের দায়িত্ব আমারই থাকবে। এই অনুমোদন ঐচ্ছিক। আমি "যোগাযোগের সম্মতি" না দিলেও আমাকে চকিৎসা সেবা দেওয়া হতে পারে।
- Corewell Health থেকে টেক্সট মেসেজগুলিতে আমার অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখ ও সময়, আমার পরষিবো প্রদানকারীর নাম, আমার অ্যাপয়েন্টমেন্ট যেখানে পরিচালনা করা হয়েছে সেই স্থানের নাম ও ঠিকানা, এবং আমার অ্যাপয়েন্টমেন্টের জন্য প্রস্তুতির প্রয়োজনীয় তথ্য, বকরো অর্থাৎ পরিমাণ অথবা সীমিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।
- আমি আমার Corewell Health চকিৎসা নথিতে সংরক্ষিত মোবাইল নম্বরে Corewell Health কর্তৃক এনক্রিপশনবাহীন টেক্সট মেসেজ পাঠানোর অনুমতি দিচ্ছি। আমি বুঝতে পারছি যে:
 - টেক্সট মেসেজগুলি এনক্রিপশনবাহীন থাকবে। এনক্রিপশনবাহীন টেক্সট মেসেজে পাঠানো স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য মেসেজগুলি অন্যদের দ্বারা আটকানো বা দেখা যতে পারে। এনক্রিপশনবাহীন টেক্সট মেসেজের আরও কিছু ঝুঁকি রয়েছে, যমেন ভুল ব্যক্তিকে মেসেজে পাঠানো, মেসেজে অন্যদের কাছে ফরওয়ার্ড হওয়া এবং নিরাপত্তা নই এমন সারভারগুলিতে মেসেজগুলি সংরক্ষিত হওয়া। এনক্রিপশনবাহীন টেক্সটের মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য গ্রহণ করার সিদ্ধান্ত নই, আপনি স্বীকার ও গ্রহণ করছেন।

জনোরলে, চকিৎসা এবং তথ্যের প্রকাশ (চলমান) পৃষ্ঠা 4/ 6

যোগাযোগের সম্মতি: (চলমান)

- এই অনুমোদনটি বৈধ থাকবে যতক্ষণ না আমরা টেক্সট মেসেজে পাওয়ার অনুমোদন বাতলি বা প্রত্যাহার করি।
- এই অনুমোদন বাতলি বা প্রত্যাহারের অনুরোধ পাওয়ার আগে কোন পদক্ষেপে নেয়া হলে তা ব্যতিরেকে, এই অনুমোদন বাতলি বা প্রত্যাহার করতে আমরা আপনার পরষিবো প্রদানকারীর অফিস এ যোগাযোগ করতে অথবা 877.308.5083 নম্বরে কল করতে পারি।

পমেন্টে পাওয়ার অনুমোদন এবং বলিৎ:

- Corewell Health যেকোনো তৃতীয় পক্ষ এবং আমার কাছ থেকে পমেন্টে পাওয়ার জন্য অনুমোদিত। আমরা Corewell Health-কে আমার পক্ষ থেকে যেকোনো তৃতীয় পক্ষের কাছ থেকে বেনেফিটগুলি সংগ্রহ করতে এবং আমাকে এবং/অথবা Corewell Health-এর নামে প্রদানে চকে অনুমোদন করতে অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি আমার মডেকিলে পরিচর্যা ও চকিৎসা খরচের জন্য দায়বদ্ধ যেকোনো ইনস্যুরেন্স কোম্পানিকে, প্রদত্ত পরষিবোগুলির জন্য Corewell Health-কে অর্থ প্রদান করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি বুঝতে পারছি যে বমি দ্বারা আচ্ছাদিত নয় এমন যেকোনো খরচের দায়িত্ব আমার উপরই থাকবে।
- আমি অনুরোধ করছি যে, Corewell Health বা এর ফ্যাসলিটিতে আমাকে দেওয়া যেকোনো পরষিবোর জন্য অনুমোদিত Medicare সুবিধা বাবদ আমার প্রাপ্য অর্থ (আমার পক্ষ থেকে) Corewell Health-কে প্রদান করা হোক।
- আমি সম্মত হচ্ছি যে নির্ধারিত সময়ে আমার হিসাব পরিশোধ না হলে, Corewell Health অর্থ আদায়ের জন্য একজন আইনজীবী এবং/অথবা আদায়কারী সংস্থা নিয়োগ করতে পারে। বকসো অর্থ আদায়ের সঙ্গে সংশ্লিষ্ট সকল খরচ, চার্জ ও ফি বাবদ Corewell Health-কে ব্যয়পূরণ করার দায়িত্ব আমারই থাকবে। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকবে, তবে এতই সীমাবদ্ধ নয়, যুক্তসিঙগত সুদ, মামলা দায়ের করা হলে আইনি প্রকরয়ার খরচ ও যুক্তসিঙগত আইনজীবীর ফি এবং/অথবা ঋণের একটা শতাংশের ভিত্তিতে নির্ধারিত যুক্তসিঙগত আদায়কারী সংস্থার ফি।
- আমি সম্মত হচ্ছি যে পরিশোধের জন্য আমার প্রদান করা তথ্য সঠিক। আমি জানি যে পরষিবোর জন্য প্র-সার্টিফিকেশন বা প্র-অথোরাইজেশন নেওয়ার দায়িত্ব আমারই।
- আমি সম্মত হচ্ছি যে আমি আওতাভুক্ত পরষিবোর জন্য কো-পমেন্টে, কো-ইনস্যুরেন্স এবং ডিডাক্টবিলসহ বেনেফিটের সীমা অতিক্রম করে এমন পরষিবোগুলির সব আর্থিক দায়িত্ব আমারই থাকবে। আমি আমার হলেথ প্ল্যান চুক্তি অনুযায়ী সংজ্ঞায়িত সমস্ত আওতাভুক্ত নয় এমন পরষিবোগুলির জন্য আর্থিক দায়িত্বও আমার উপরই থাকবে। আমি এই মর্মে সম্মত প্রদান করছি এবং যসেব আওতাভুক্ত নয় এমন পরষিবোগুলির জন্য আমাকে বলি করা হবে সেগুলোর সম্পূর্ণ অর্থ পরিশোধে সম্মত হচ্ছি। আমি বুঝতে পারছি যে পরষিবো গ্রহণের আগে খরচের একটা আনুমানিক পরিমাণ জানার অনুরোধ করতে পারি এবং আমি আর্থিক দায়িত্ব নতি না চাইলে পরষিবো গ্রহণ না করার অধিকার আমার রয়েছে।
- আমি যদি চাই যে Corewell Health আমার ইনস্যুরেন্সে বলি পাঠাক, তবে পরষিবো গ্রহণের সময়ই আমাকে স্টেট Corewell Health-কে জানাতে হবে।
- নির্দিষ্ট কিছু বীমাবহীন (স্ব-পরিশোধ) ছাড় বা আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির জন্য আমি যোগ্য কনি তা নির্ধারণ করতে Corewell Health আমার ক্রেডিট রিপোর্ট সংগ্রহ করতে পারে। এটা আমার ক্রেডিট স্কোরের প্রভাব ফলেবে না।
- অপ্রাপ্তবয়সী রোগীদের ডিভোর্স হওয়া পতি-মাতা:
 - Corewell Health-এর মডেকিলে রেকর্ড সিস্টেমে একজন পতি-মাতা/আইন অনুমোদিত অভিবাককে গ্যারান্টর (বলিরে অর্থ প্রদানের জন্য দায়ী ব্যক্তি) হিসেবে নির্ধারণ করার অনুমতি দিয়ে। পতি-মাতারা বমির আওতাভুক্ত নয় এমন যেকোনো চার্জের পমেন্টে সম্পর্কে একে অপরকে সাথে (নজিদেরে মধ্যে) আলোচনা করার দায়িত্ব রয়েছে।

পমেন্টে পাওয়ার অনুমোদন এবং বলিৎ: (চলমান)

- বহির্বিভাগে Medicare রোগীরা:
 - আমি জানা যে Medicare এর ন্যূনতম অনুযায়ী বহির্বিভাগ রোগী অবস্থায় আমাকে সরবরাহকৃত সলফ-অ্যাডমিনিস্ট্রাটর ওষুধগুলির জন্য আমি নিজস্ব দায়ী। সলফ-অ্যাডমিনিস্ট্রাটর ওষুধগুলি সাধারণত এমন ওষুধ যা আমি পেশাদারদের সহায়তা ছাড়াই গ্রহণ করি তবে এগুলি বহির্বিভাগে যখন জরুরি বিভাগ, বহির্বিভাগ বিভাগ বা পর্যবেক্ষণ ইউনিটে পরিশোধ প্রদানকারীর কর্মচারী দ্বারা দেওয়া হতে পারে। Medicare হাসপাতালগুলিকে এই ওষুধগুলির জন্য Medicare রোগী বা অন্য কোনো তৃতীয় পক্ষের প্রদানকারীর কাছে বলি পাঠানোর জন্য বাধ্য করে। Medicare পার্ট D এর সুবধিভোগীরা Medicare ড্রাগ প্ল্যানের নবিন্দন সংক্রান্ত নথি অনুযায়ী এসব ওষুধের সম্ভাব্য অর্থ ফেরত পাওয়ার জন্য Medicare পার্ট D-তে বলি জমা দিতে পারেন।

অর্পণ:

- আমি Corewell Health -কে নমিনলিথি অধিকারগুলি অর্পণ করছি:
 - আমার সকল বেনেফিট, দাবি এবং অন্যান্য সকল অধিকার, যার মধ্যে অর্থ আদায়ের উদ্দেশ্যে যেকোনো তৃতীয় পক্ষের কাছে বলি পাঠানো এবং তাদের সঙ্গে যোগাযোগ করার অধিকারও অন্তর্ভুক্ত, যা Corewell Health-এ আমার আরোপিত চার্জের সঙ্গে সম্পর্কিত।
 - Corewell Health-এ আমার চার্জের সাথে জড়িত যেকোনো মামলা বা প্রক্রিয়ামামলা দায়ের করার বা হস্তক্ষেপ করার অধিকার।
 - Corewell Health-এ আমাকে আরোপিত চার্জের পমেন্টে পাওয়ার জন্য অন্য যেকোনো পদক্ষেপ নেওয়ার অধিকার।
- এই অধিকার অর্পণের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকবে, তবে এতই সীমাবদ্ধ নয়, যেকোনো প্রদানকারীর দ্বারা আমার Corewell Health চার্জের পমেন্টে অস্বীকৃত হলে তার বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার, যার মধ্যে নিয়োগকর্তা-প্রদত্ত সুবধি পরিকল্পনা, বমি পলিসি অথবা আইন বা চুক্তির মাধ্যমে প্রদত্ত যেকোনো বমি আওতাভুক্ত অন্তর্ভুক্ত।
- আমি Corewell Health এর জন্য আরো অধিকার অর্পণ করছি এবং সম্মত হচ্ছি যে, আমি আমার Corewell Health চার্জের পমেন্টে নষ্পত্ত, অব্যাহতি বা অর্থ নিজের কাছে ধরে রাখার যেকোনো অধিকার পরিত্যাগ করছি, অথবা এমন কোনো পদক্ষেপ গ্রহণ করব না যা কোনোভাবে আমার Corewell Health চার্জের অর্থ প্রদান বা ফেরত পাওয়ার প্রক্রিয়াকে ক্ষতিগ্রস্ত করতে পারে।
- আমি আমার Corewell Health চার্জের পমেন্টে আদায় করার উদ্দেশ্যে Corewell Health-কে আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি হিসেবে নিয়োগ করছি। আমি Corewell Health-কে আমার পক্ষ হয়ে যেকোনো সুবধি সংক্রান্ত দাবি অনুসরণ করার অনুমতি দিচ্ছি, যার মধ্যে 1974 সালের এমপ্লয়ি রিটারমেন্ট ইনকাম সিকিউরিটি আইনের অধীনে থাকা দাবি এবং কোনো বিরূপ সুবধি নির্ধারণের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকারও অন্তর্ভুক্ত। আমি সকল বমি সুবধি আদায়ের প্রক্রিয়ায় Corewell Health-কে সহায়তা করতে সম্মত হচ্ছি এবং যেকোনো বমি পরিকল্পনা অনুযায়ী প্রযোজ্য সব কো-ইনস্যুরেন্স, কো-পমেন্ট ও ডিডাক্টবিল পরিশোধে সম্মত হচ্ছি।
- আমি Corewell Health-কে আদায়কৃত অর্থ ব্যবহার করে আমার Corewell Health চার্জ পরিশোধের অনুমোদন এবং নর্দিশে দিচ্ছি।

অনুবাদ:

- আমি বুঝতে পারছি যে অনুরোধ করলে এই নথিটি অন্যান্য ভাষায়ও পাওয়া যতে পারে। এই নথি একটি কপি এবং এর অনুবাদগুলো আমাদেওয়েবসাইট <https://corewellhealth.org/generalconsent> -এ পাওয়া যাবে।

জনোরলে, চকিৎসা এবং তথ্যের প্রকাশ (চলমান)
পৃষ্ঠা 6/ 6

রোগীর স্বাক্ষর(গুলি):

আমি এই ফর্মটি পড়ছি এবং আমি এটি বুঝছি। আমার সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে।

সময় AM PM তারিখ _____ রোগীর স্বাক্ষর _____

রোগীর বয়স 18 বছরের নিচে বা অন্য কোনো কারণে সম্মতি দিতে অক্ষম কারণ _____

সময় AM PM তারিখ _____ পতি-মাতা/আইনগত অভিভাবকের স্বাক্ষর _____
বড় হরফে লেখো পুরো নাম _____

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 patient's stated primary language, everything said during the informed consent discussion.

TIME AM PM DATE _____ Interpreter signature _____

Interpreter name (print) _____