YOU FIRST

Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

You First सदस्यता आवेदन

कृपयायस आवेदनलाई भरेर फिर्ता गर्नुहोस् :

हुलाकबाट:: Vermont Department of Health, 280 State Dr, Waterbury, VT 05671-8380

फ्याक्सबाट: 802-657-4208

बिहरा तथा शर्वणमा किठनाई भएका व्यक्तिहरूले कृपयाभर्मोन्ट रिले सेवा 711 पर्योग गर्नुहोस् र हामरो निम्न नम्बर 1-800-508-2222 दिनुहोस् ।

यिद तपाईंका पर्श्नहरू छन् वा तपाईंलाई दोभाषे सेवाहरू आवश्यक पर्छन् भने 1-800-508-2222 मा फोन गर्नुहोस् । कृपयाआफ्नो भाषा बताउनुहोस् र हामीले दोभाषेसँग फोन सम्पर्कगराउने छौं ।

खण्ड 1: तपाईंका बारेमा

नाम:

थर:

You First कर्मचारीद्वारा पर्योग गरियोस् भनेर तपाईंले चाहेको नाम:

जन्म मिित (मिहना/दिन/वर्ष):

सामाजिक सुरक्षा नम्बर (XXX-XX-XXXX): ☐ मसँग सामाजिक सुरक्षा नम्बर छैन

सर्वनाम: ☐ शि/हर ☐ हि/हिम ☐ दे/देम ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्):

स्ट्रिट ठेगाना: ☐ अहिले मेरो स्थायी ठेगाना छैन

सहर/नगर: राज्य: जिप कोड:

पत्राचार ठेगाना (यदि माथि भन्दा फरक भएमा):

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

इमेल ठेगाना:

फोन नम्बर:

(_____) _______ - _______________ ☐ घर ☐ कार्यालय ☐ सेलफोन

के सन्देश छोड्न सकिन्छ ? ☐ हो ☐ होइन

तपाईं कसरी सम्पर्क गरियोस् भनेर चाहनुहुन्छ ? ☐ फोन ☐ इमेल ☐ पत्राचार

के तपाईं ल्याटिनो वा हिस्प्यानिक मूलको हुनुहुन्छ ? ☐ हो ☐ होइन ☐☐☐जवाफ दिन चाहन्न

तपाईंले कुन जाति वा जातिहरूको रूपमा परिचय दिनुहुन्छ ? (लागू हुने सबैमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्)

☐ श्वेत

☐ कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन

☐ एशियाली वा एसियन अमेरिकन

☐ हवाईका मूल निवासी वा प्यासिफिक आइल्याण्डर

☐ आदिवासी, अमेरिकन इण्डियन वा अलास्काका मूल निवासी

☐ थाहा छैन/निश्चित छैन

☐ जवाफ दिन चाहन्न

☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्):

लिखित र मौखिक सञ्चारका लागि तपाईंले चाहेको भाषा कुन हो ?

☐ अंग्रेजी

☐ स्पेनी

☐ अरबी

☐ फ्रान्सेली☐ नेपाली

☐ सोमाली

☐ किरुन्डी

☐ अन्य (कृपया स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्):

के हामीले तपाइलाई फोन गर्दा दोभाषेसहित फोन गर्न आवश्यक पर्छ ? ☐ पर्छ ☐ पर्दैन

तपाईंले पूरा गर्नुभएको शिक्षाको माथिल्लो स्तर कुन हो ?

☐ 9औं ग्रेडभन्दा कम

☐ हाइ स्कुलसम्म अध्ययन गरेको

☐ हाइ स्कूल ग्रेजुएट वा सोसरह

☐ कलेजसम्म अध्ययन गरेको

☐ कलेज ग्रेजुएट

☐ थाहा छैन/निश्चित छैन सोसरह

☐ जवाफ दिन चाहन्न

के तपाईं आफ्नो परिचय LGBTQ+ व्यक्तिको रूपमा दिनुहुन्छ ?

(महिला समलिङ्गी, पुरुष समलिङ्गी, द्विलिङ्गी, ट्रान्सजेन्डर, क्वियर) ☐हो ☐ होइन ☐ जवाफ दिन चाहन्न

के तपाईंमा कुनै शारीरिक, मानसिक, सिकाइ वा भावनात्मक स्वास्थ्य समस्या वा

अपाङ्गता छ ? ☐ छ ☐☐ छैन

☐ जवाफ दिन चाहन्न

You First कार्यक्रमले हामी कार्यक्रमका लागि योग्य हुने सबै भर्मोन्टवासीहरूसम्म पुगिरहेका छौं भनेर सुनिश्चित गर्नका लागि जाति, जातीयता, शिक्षा, लैङ्गिक पहिचान, यौनिकता, अपाङ्गता र भाषाका बारेमा व्यक्तिगत जानकारी सोध्छ । स्वास्थ्यसम्बन्धी नतिजाहरूमा रोक्न सकिने भिन्नताहरू कम गर्नका लागि तपाईंका जवाफहरू हाम्रो टोलीका लागि एकदमै उपयोगी हुन्छन् तर तपाईंले 'जवाफ दिन चाहन्न' भएको उत्तर विकल्प छनौट गर्न सक्नुहुन्छ ।

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

खण्ड 2: आय

करभन्दा अघिको घरपरिवारको जम्मा आय: $

☐ प्रत्येक वर्ष ☐ प्रत्येक महिना ☐ प्रत्येक हप्ता ☐ प्रत्येक दुई हप्ता

यस आयमा आश्रित मानिसहरूको कुल सङ्ख्या:

(आफू, पति/पत्नी/पार्टनर, बच्चाहरू वा यस आयमा आश्रित अरू व्यक्तिहरूलाई समावेश गर्नुहोस्)

खण्ड 3: स्वास्थ्य बीमा

के तपाईंको स्वास्थ्य बीमा छ ?

☐ छ; मसँग स्वास्थ्य बीमा छ ।

☐ छैन, मसँग अहिले स्वास्थ्य बीमा छैन ।

यदि छ भने कृपया तल विवरण भर्नुहोस्:*

बीमा कम्पनीको नाम: कभरेज सुरु हुने मिति:

पोलिसीधारकको नाम: पोलिसी वा ID नम्बर:

समूह वा एकाउन्ट नम्बर:

खण्ड 4: स्वास्थ्य इतिहास

के तपाईंको स्तन वा पाठेघरको मुखसम्बन्धी समस्या छ वा थियो ? ☐ छ/ थियो ☐ छैन/ थिएन

के तपाईंको चिकित्सक वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायक हुनुहुन्छ ? ☐ छ ☐ छैन

यदि छ भने:

कार्यालयको नाम: कार्यालय ठेगाना (नगर/सहर):

यदि छैन , भने के तपाईंलाई चिकित्सक भेटाउनमा मद्दत आवश्यक छ? ☐ छ ☐ छैन

तपाईंले आफ्नो पछिल्लो प्याप (Pap) वा HPV परीक्षण कहिले गराउनुभएको थियो ? ☐ कहिल्यै पनि प्याप/HPV परीक्षण नगराएको ☐ मैले हिस्टेरेक्टोमी गराएकी छु अर्थात् पाठेघर निकालिसकेकी छु

मिति: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐मितिका बारेमा निश्चित छैन

स्थान:

के तपाईंको पाठेघरको मुखसम्बन्धी वा हालैका असामान्य प्याप वा HPB परीक्षणहरूसम्बन्धी कुनै चिन्ताका कुराहरू छन् ? ☐ छ ☐ छैन

तपाईंले पछिल्लो पटक कहिले म्यामोग्राम गराउनुभएको थियो ? ☐ कहिल्यै पनि म्यामोग्राम नगराएको ☐ मैले मास्टेक्टोमी गराएकी छु अर्थात् शल्यक्रियामार्फत स्तन निकालिसकेकी छु

मिति: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐मितिका बारेमा निश्चित छैन

अस्पतालको नाम:

के तपाईंका स्तनहरूमा कुनै पनि परिवर्तनहरू भएको छ वा तिनीहरू वा हालैको असामान्य म्यामोग्रामको सम्बन्धमा चिन्ताका कुराहरू छन् ? ☐ छन् ☐ छैनन्

के तपाईं कुनै पनि प्रकारको सुर्तीजन्य पदार्थ प्रयोग गर्नुहुन्छ (जस्तै सिगरेट, सिगार वा भेपिङ उत्पादन) ? ☐ गर्छु ☐ गर्दिनँ ☐ जवाफ दिन चाहन्न

यदि गर्नुहुन्छ भने के हामीले तपाईंका लागि 802Quits मा रेफरल गर्न सक्छौं ? 802Quits ले फोनबाट सम्पर्क गर्नेछ र तपाईंसँग सम्पर्क हुन सकेन भने सन्देश छोड्नेछ ।

☐ हुन्छ ☐ हुदैन

तपाईंले You First का बारेमा कसरी थाहा पाउनुभयो ?

☐ म पहिले सदस्य थिएँ

☐ साथी वा नातेदार

☐ अनलाइन खोज

- ☐ अनलाइन विज्ञापन
- ☐ प्राइड सेन्टर अफ भर्मोन्ट
- ☐ चिकित्सक, नर्स, क्लिनिक (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्):
- ☐ पोस्टर वा प्याम्प्लेट
- ☐ फेसबुक वा सामाजिक सञ्जाल
- ☐ टिभी वा रेडियो
- ☐ अन्य (स्पष्ट खुलाउनुहोस्):

खण्ड 5: सदस्यको सहमति — अधिकार तथा जिम्मेवारीहरू

यस आवेदनमा हस्ताक्षर गरेर म You First कार्यक्रममा नाम दर्ता गर्नका लागि सहमति प्रदान गर्दैछु । मैले मलाई थाहा भएसम्म सत्य रहेको जानकारीले आवेदन भरेको छु भनेर सहमत छु । मैले You First लाई मेरो स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीमा पहुँच बनाउन र साझा गर्नका लागि मञ्जुरी प्रदान गर्छु ।

म मेरो चिकित्सक, क्लिनिक, अस्पताल, प्रयोगशाला र जीवनशैली कार्यक्रमहरूलाई You First कार्यक्रमसँग मेरो जानकारी साझा गर्न मञ्जुरी प्रदान गर्छु ताकि उनीहरूले मैले गुणस्तरीय हेरचाह पाउँछु भनेर सुनिश्चित गर्न सकोस् र You First ले मेरा योग्य रहेका चिकित्सकीय बिलहरूको भुक्तानी गर्न सकून् ।

म मेरो परीक्षण र उपचारमा संलग्न मेरा डाक्टर, नर्स, अस्पताल, क्लिनिकहरू, र स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूसँग स्तन र पाठेघरको क्यान्सर स्क्रीनिंग, हृदय रोग जोखिम कारक स्क्रीनिंग, र निदान र उपचार हेरचाहको बारेमा व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्न You First लाई मञ्जुरी दिन्छु।

You First लाई सेन्टर फर डिजिज कन्ट्रोल एण्ड प्रिभेन्सन (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) द्वारा आर्थिक सहयोग प्रदान गरिएको छ र यस सेन्टरले उक्त आर्थिक सहयोग कसरी प्रयोग गरिँदैछ भनेर You First बाट जानकारी सङ्कलन गर्छ । मैले You First लाई मेरो पहिचान नखुलाउने जानकारी CDC सँग साझा गर्नका लागि मञ्जुरी प्रदान गर्छु । "पहिचान नखुलाउने" को अर्थ तपाईं को हो भनेर मानिसहरूलाई बताउने जानकारी लुकाएर वा हटाएर हामीले तपाईंको गोपनीयता सुरक्षित राख्ने छौं ।

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

म यो बुझ्छु कि म Vermont Department of Health को You First मा नाम दर्ता गराउँदा सेवाहरूको समन्वय गर्नका लागि मैले कार्यक्रमलाई भर्मोन्ट राज्यको Agency of Human Services (AHS) का अन्य कार्यक्रमहरूसँग मेरो योग्यतासम्बन्धी जानकारी साझा गर्नका लागि अनुमति प्रदान गर्दैछु ।

AHS को गोपनीयता अभ्यास र सबै प्रचलित कानुनहरूअनुसार मेरो व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारीलाई सुरक्षित राखिनेछ । मैले AHS को गोपनीयता अभ्यासको एक प्रति प्राप्त गरेको छु ।

मसँग You First कार्यक्रमबाट नाम फिर्ता लिने अधिकार छ भनी बुझ्छु । यदि म अब उप्रान्त कार्यक्रममा नाम दर्ता गराइरहन चाहन्न भने मैले You First लाई पत्र पठाउनेछु वा फोन गर्नेछु ताकि मेरो नाम कार्यक्रमबाट हटाउन सकूँ। कृपया यहाँ पत्र पठाउनुहोस्: Vermont Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 वा हाम्रो सदस्य सेवाहरूको समन्वयकलाई 800-508-2222 मा फोन गर्नुहोस् ।

हस्ताक्षर: ________________________________ मिति: ________________

डिजिटल हस्ताक्षरहरू स्वीकार गरिँदैन । कुनै पनि प्रश्नहरूका साथ You First कार्यक्रमलाई 1-800-508-2222 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

मानव सेवा एजेन्सी (Agency of Human Services)
गोपनीयता सम्बन्धी कार्यप्रणालीको सूचना
यो सूचना 1 जुन 2022 देखि लागू भएको छ

तपाईंको बारेमा चिकित्सकीय तथा व्यक्तिगत पहिचान सम्बन्धी अन्य जानकारीहरु के-कसरी उपयोग गर्न सकिन्छ साथै यसलाई कसरी प्रकाशमा ल्याउन सकिन्छ र तपाईंले यो जानकारी कसरी हासिल गर्न सक्नुहुन्छ, ती सबै कुराको वर्णन यो सूचनामा प्रदान गरिएको छ। कृपया ध्यानपूर्वक हेर्नुहोस्।

FREE INTERPRETER SERVICES ARE AVAILABLE
नि:शुल्क दोभाषे सेवाहरू उपलब्ध छन्।

यो सूचना पढ्न र बुझ्नको लागि तपाईंलाई दोभाषे वा अन्य सेवाको आवश्यकता छ भने, कृपया हामीलाई भन्नुहोस।

स्वास्थ्य जानकारी गोपनीयता अभ्यास: **पृष्ठ १-३**

व्यक्तिगत पहिचान सम्बन्धी जानकारीसंग सम्बन्धित साधारण अभ्यास: **पृष्ठ ४**

"हामी" मानव सेवा एजेन्सी, एएचएस (AHS) हौं। एएचएस AHS मा शिशु एवं परिवार विभाग; अक्षमता, वयोवृद्धि एवं स्वतन्त्र रहन-सहन विभाग; स्वास्थ्य विभाग; मानसिक स्वास्थ्य विभाग; सुधार-गृह विभाग; र भर्मण्ट स्वास्थ्य सेवा विभाग सामेल छन्। हाम्रा ठेकदार र अनुदानग्राहीहरूमा भर्मण्ट भरिका सेवा प्रदायकहरू सामेल छन्, जस्तै मातापिता-शिशु केन्द्रहरू, वयस्क दिवा केन्द्रहरू, र सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्रहरू आदि।

जब हामी तपाईंलाई स्वास्थ्य र सामाजिक सेवाहरू उपलब्ध गराउँछौं, तब तपाईंको बारेमा व्यक्तिगत पहिचान सम्बन्धी जानकारी (पहिचान गराउने जानकारी), र कहिले-कसो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी हामीलाई प्राप्त हुन्छ। संघीय स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी र उत्तरदायित्व ऐन १९९६, जसलाई संघीय हिप्पा HIPAA (गोपनीयता) नियम भनेर चिनिन्छ, लागयत अन्य संघीय र राज्यका कानूनहरू अन्तर्गत यी जानकारीलाई हामीले सुरक्षित राख्नुपर्ने हुन्छ।

तपाईंको पहिचान सम्बन्धी र/अथवा स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीको हामीले कसरी उपयोग वा बाँड्चुँड् गर्न सक्छौं र कहिले कुन अवस्थामा हामीले त्यसो गर्न सक्दैनौं, ती सबैको कुराको बारेमा यो सूचनाले तपाईंलाई बताउँछ। यसले तपाईंलाई तपाईंको अधिकारहरूको बारेमा पनि बताउँछ। प्रचलित कानून अनुसार हामीले तपाईंलाई यो सूचना दिनु आवश्यक पर्छ। वर्तमानमा जारी रहेको यो सूचनाको शर्तहरूको पालना गर्नु पनि कानूनी तवरमा हाम्रो लागि आवश्यक छ।

स्वास्थ्य जानकारी गोपनीयता अभ्यास सम्बन्धी कार्यप्रणाली:

1. एएचएस AHS संग मेरो बारेमा के-कस्तो स्वास्थ्य जानकारी छ?

तपाईंले हाम्रा सेवाहरूको लागि निवेदन दिंदा अथवा यसलाई प्राप्त गर्दा, तपाईं वा अन्य व्यक्तिहरूले हामीलाई तपाईंको स्वास्थ्य र स्वास्थ्य हेरचाह सम्बन्धी जानकारी दिन्छन्। यसमा तपाईंको रोग निदान, अक्षमता वा उपचार बारे जानकारी पनि हुनसक्छ। यसमा वित्तीय र बिलहरू बारे जानकारी पनि सामेल हुनसक्छ।

2. एएचएस AHS ले कुन प्रकारको स्वास्थ्य जानकारीको उपयोग तथा बाँड्चुँड् गर्छ?

हाम्रा कर्मचारीहरू वा ठेकदारहरूलाई उनीहरूका कार्यहरू गर्नको लागि आवश्यक निम्नतम स्वास्थ्य जानकारीको मात्रै हामीले उपयोग र बाँड्चुँड् गर्छौं।

3. एएचएस AHS ले मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीको उपयोग वा बाँड्चुँड् कहिले र कुन अवस्थामा गर्छ?

हामीले तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीको उपयोग र वितरण तपाईंको स्वास्थ्य उपचार, भुक्तानी, वा हेरचाहको कार्यहरूको लागि गर्नसक्छौं जसमा सेवा सम्बन्धी योजना र एएचएस AHS प्रशासन पनि सामेल छन। उदाहरणको लागि, हामीले निम्न कारणहरूको लागि तपाईंको जानकारीको उपयोग गर्नसक्छौं:

- सेवा वा सुविधा प्राप्त गर्नको निम्ति तपाईंको योग्यता निर्धारित गर्नको लागि।
- व्यक्तिगत सेवा वा उपचारका योजनाहरू तयार गर्न र त्यसलाई उपलब्ध गराउन।
  उदाहरणको लागि, तपाईंको उपचारको योजना तयार पार्दा हामी तपाईंसंग सम्बन्धित जानकारी नर्सहरू, डक्टरहरू र तपाईंको उपचारगर्ने अन्य स्वास्थ्य हेरचाह प्रदायकहरूलाई प्रदान गर्छौं।
- तपाईंलाई एपोईण्टमेण्ट अर्थात् भेटघाट आदि बारे याद दिलाउनको लागि।
- तपाईं वा तपाईंको परिवारको लागि मद्दत पुरयाउन सक्ने अन्य सेवा सहयोग वा उपचारहरूको बारेमा तपाईंलाई बताउनको लागि।
- तपाईंले लिनुभएको सेवाहरू वपत भुक्तानी गर्नको लागि।
  उदाहरणको लागि, तपाईंको डक्टरले तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी हामीलाई पठाउन सक्छन्, जसमा हामी उनलाई भुक्तानी गर्नसकौं। तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी ठेकदारहरूलाई पनि दिनसक्छौं, जसमा उनीहरूले हाम्रोतर्फबाट तपाईंको डक्टरलाई भुक्तानी गर्नसकुन्।
- हाम्रा गतिविधिहरूलाई अघि बढ़ाउन र हाम्रा कार्यक्रमहरूको प्रबन्धन गर्नको लागि। उदाहरणको लागि, तपाईंको हेरचाह गर्ने व्यक्तिहरूले तपाईंलाई उच्च गुणस्तरका सेवाहरू प्रदान गरून् र उनीहरूलाई तुरन्तै यथोचित रकमको भुक्तानी गरियोस् भनी सुनिश्चित गर्नको लागि हामीले तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीको उपयोग र वितरण गर्छौं। तपाईंलाई उचित सेवाहरू प्रदान गरियोस् र तपाईंलाई प्रदान गरिएका सेवाहरूमा सुधार ल्याइयोस् भनी सुनिश्चित गर्नको लागि पनि हामीले तपाईंसंग सम्बन्धित जानकारीको उपयोग र वितरण गर्छौं।

4. के अन्य अवस्थाहरूमा पनि एएचएस AHS ले मेरो मन्जुरी विना नै मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीको उपयोग वा वितरण गर्नसक्छ?

सीमित अवस्थाहरूमा मात्रै हामीले तपाईंको मन्जुरी विना जानकारीको उपयोग र वितरण गर्छौं। कहिले-कसो कानूनले हामीलाई त्यसो गर्ने अनुमति दिन्छ वा हामीलाई कानून अन्तर्गत त्यसो गर्ने आवश्यकता पर्नसक्छ।

निम्न व्यक्तिगत कारणहरूको लागि हामी तपाईंको मन्जुरी विनानै तपाईंसंग सम्बन्धित जानकारीको वितरण गर्नसक्छौंः

- कुनै पारिवारिक सदस्य वा तपाईंले रोज्नुभएको कुनै अन्य व्यक्तिलाई, जो तपाईंको हेरचाह वा तपाईंको हेरचाहको निम्ति भुक्तानी प्रक्रियामा संलग्न छ।
- तपाईंको स्थान, स्थिति वा मृत्युको बारेमा तपाईंको परिवार वा तपाईंको हेरचाहको लागि जिम्मेदार अन्य व्यक्तिलाई सूचित गर्नको लागि।
- जब कुनै व्यक्तिको मृत्यु हुन्छ, अत्येष्टि क्रिया निदेशक वा चिकित्सकीय जाँचकर्तालाई, जसलाई उनीहरूको काम-कार्यवाही गर्नको लागि जानकारीको आवश्यकता हुन्छ।
- कामदारको क्षतिपूर्ति वा यस्तै अन्य कार्यक्रमहरूको लागि।

निम्न विशेष करणहरूको लागि पनि हामी तपाईंको मन्जुरी विनानै तपाईंसंग सम्बन्धी जानकारीको वितरण गर्नसक्छौंः

- उत्पादन फिर्ता, औषधिको रियाक्सन, कुनै रोग, चोटपटक वा अक्षम स्थितिको रोकथाम अथवा नियन्त्रण जस्ता सार्वजनिक स्वास्थ्यसंग सम्बन्धित गतिविधिहरूको लागि, तथा जन्म र मृत्यु जस्ता महत्वपूर्ण घटनाहरूको विवरण राख्नको लागि।
- कड़ा कानूनी प्रतिबन्धहरूको पालना गर्नुपर्ने अनुसन्धानात्मक उद्देश्यहरूको लागि।
- शरीरिक अङ्गहरूको दान तथा प्रत्यारोपणको व्यवस्था मिलाउने संगठनहरूलाई।
- अदालत वा प्रशासनिक आदेश, आज्ञापत्र, आविष्कार सम्बन्धी अनुरोध, वा अन्य प्रक्रियाहरूको प्रत्युत्तर दिनको लागि।
- कानूनद्वारा आवश्यक ठहराइएको खण्डमा, प्रहरीलाई जानकारी दिनको लागि।
- हाम्रो परिसरमा वा हाम्रो कर्मचारी विरुद्ध गरिएको अपराधबारे रोपोर्ट गर्नको लागि।
- शोषण, उपेक्षा, वा घरेलु हिंसाबारे सम्बन्धित निकायलाई रिपोर्ट गर्नको लागि।
- स्वास्थ्य निरीक्षण एजेन्सिलाई कुनै लेखा-परीक्षण र जाँच जस्ता कानूनद्वारा अनुमति दिइएका निरीक्षण गतिविधि गर्नको निम्ति।
  तपाई आप्रवासी स्वास्थ्य बीमा योजनाको आवेदक वा नामाङ्कित व्यक्ति (जसको जानकारी 33 VSA § 2092(c) अन्तर्गत खुलासा हुनबाट सुरक्षित छ) हुनुभएको अवस्थामा बाहेक अनुपालन समीक्षा वा उजूरी अनुसन्धानका लागि सयुक्त राज्य स्वास्थ्य र मानव सेवा विभागलाई।
- कुनै पनि व्यक्ति वा जनताको स्वास्थ्य र सुरक्षाप्रतिको गम्भीर खतरालाई टार्नको लागि, वा प्रहरी अधिकारीलाई कानून लागू गर्न सहायता पुरयाउनको लागि।
- सरकारी अधिकारीहरूको सुरक्षा, राष्ट्रिय सुरक्षा, सैनिक क्रियाकलाप तथा कतिपय उद्देश्यहरूको लागि भूल-सुधार संस्थानहरू जस्ता विशेषज्ञतायुक्त सरकारी काम-कार्यवाहीहरूलाई अघि बढ़ाउने उद्देश्यको लागि।
- स्वास्थ्य निरीक्षण एजेन्सीलाई कानून द्वारा प्रदान गरिएको गतिविधिहरू गर्नको लागि।
- जनसेवा उपलब्ध गराउने सरकारी कार्यक्रम संचालित गरिरहेको अन्य एजेन्सीलाई योग्यता र भर्ना सम्बन्धी जानकारी दिनको लागि, र परस्पर सम्बन्धित सरकारी कार्यक्रमहरूको समायोजन, प्रशासन साथै प्रबन्धनलाई अधिक असल बनाउनको लागि।
- यस सूचनामा उल्लेख गरिएका वा अन्य कानूनद्वारा स्वीकृत कारणहरू बाहेक, तपाईंको लिखित अनुमति विना हामी तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीको उपयोग वा वितरण गर्नेछैनौं।

5. यदि अन्य कसैलाई मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीको आवश्यकता प-र्यो भने के हुनेछ?

तपाईंसंग सम्बन्धित जानकारी अरूलाई दिनको लागि तपाईंले हामीलाई अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ, अथवा हामीले त्यसो गर्नको लागि तपाईंको अनुमति माग्न सक्छौं। हामीले कुनै पनि जानकारी दिनअघि, तपाईंलाई एक स्वीकृति फारममा हस्ताक्षर गर्नको लागि भन्नेछौ। यो स्वीकृति फारमले कुन जानकारी दिनुपर्ने हो, जानकारी दिनुका उद्देश्यहरू र जानकारी दिनुपर्ने व्यक्ति/हरूको पहिचानको बारेमा हामीलाई बताउँनेछ। तपाईंले कुनै पनि समयमा आफ्नो स्वीकृतिलाई रद्द गर्न सक्नुहुनेछ।

6. के मेरो लागि प्रतिनिधित्व गर्न मैले कसैलाई छनौट गर्न सक्छु?

यदि तपाईंले कसैलाई स्वास्थ्य ईच्छा-पत्र (पावर फ अटर्नी) दिनुभयो वा यदि कसैले तपाईंको कानुनी अभिभावकत्व लिएको छभने, त्यो व्यक्तिले तपाईंको अधिकार प्रयोग गर्न सक्छ र तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको बारेमा छनौट गर्न सक्छ। हामी कुनै पनि कार्य गर्नु अघि सम्बन्धित व्यक्तिलाई यो कार्यगर्न अधिकार दीइएको छ/छैन भनि सुनिश्चित गर्नेछौं।

7. के म मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी हेर्नसक्छु?

अधिकांश मामिलाहरूमा, तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी हेर्न सक्नुहुन्छ। यसलाई हेर्नको लागि वा यसको एक प्रतिलिपि हासिल गर्नको लागि तपाईंले गोपनीयता सम्बन्धी अधिकारीलाई, लिखित रूपमा, अनुरोध गर्नुपर्छ (पृष्ठ ३-मा सम्पर्कसम्बन्धी जानकारी हेर्नुहोस्)। सामान्यतया तपाईंले अनुरोध गरेको ३० दिन भित्र हामीले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको एक सारांश र दावी रेकर्डको एक प्रति प्रदान गर्नेछौ। हामीसंग रहेको तपाईंको जानकारीको एक विधुत्तीय प्रतिलिपिको पनि माग गर्न सक्नुहुनेछ। सुरक्षा वा अन्य कानूनी कारणले गर्दा प्रदान गरिने सूचनामा केही सीमितता हुनसक्छ। तपाईंले प्रतिलिपि पाउनको लागि केही मुनासिब मूल्य तिर्नुपर्नेछ।

8. के मैले मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीलाई परिवर्तन गर्नसक्छु?

यदि तपाईंको विचारमा दर्ता गरिएको तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धी कतिपय जानकारी गलत छन भने, उक्त गल्ती सुधार्न वा नयाँ जानकारी थप्नको लागि तपाईंले हामीलाई लिखित अनुरोध दिनुपर्ने हुन्छ। ज-जसले हामीबाट तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी प्राप्त गरेका छन, तिनिहरुलाई त्यो संशोधित वा नयाँ जानकारी पठाउनको लागि तपाईंले हामीलाई अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। हाम्रो विचारमा जानकारी सही र पूर्ण छ भन्ने नलागेमा वा अन्य कारणहरू छन् भने, हामीले त्यसमा संशोधन वा थपथाप गर्नेछैनौं। जानकारीमा परिवर्तन गर्नको लागि हामी सहमत छैनौं भने, यसबारे हामीले तपाईंलाई, लगभग ६० दिन भित्र लिखित रुपमा हाम्रो असहमतिको कारण सहित जानकारी गराउनेछौं। तपाईंले आफ्नो जानकारीमा परिवर्तन गर्नको लागि हामीलाई अनुरोध गर्नुभएको तर हामी यसको लागि सहमत नभएको कुरा तपाईंको रेकर्ड विवरणमा उल्लेख गर्नेछौं।

मानव सेवा एजेन्सी (Agency of Human Services)
गोपनीयता सम्बन्धी कार्यप्रणालीको सूचना
यो सूचना 1 जुन 2022 देखि लागू भएको छ

9. मेरो स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीको उपयोग र वितरणलाई सीमित तुल्याउनको लागि के मैले एएचएस AHS लाई अनुरोध गर्नसक्छु?

तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारीको उपयोग र वितरणलाई सीमित तुल्याउनको लागि तपाईंले हामीलाई अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको अनुरोध लिखित रूपमा हुनुपर्नेछ र त्यहाँ तपाईले चाहेका प्रतिबन्धहरूको उल्लेख हुनुपर्नेछ। हामीले तपाईंको अनुरोध बारे विचार गर्नेछौं, तर यसमा हामी सहमत हुनैपर्छ भन्ने वाध्यता भने हुनेछैन।

10. के म एएचएस AHS लाई मसंग गोपनीय रुपमा सम्पर्क वा पत्राचार गर्न अनुरोध गर्नसक्छु?

तपाईंले हामीलाई तपाईसित यथोचित वैकल्पिक तरिकाद्वारा अथवा कुनै वैकल्पिक स्थानमा सम्पर्क वा पत्राचारगर्न अनुरोधगर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको अनुरोध लिखित रूपमा हुनुपर्नेछ जसमा तपाईंलाई कहाँ र कसरी सम्पर्क गर्नुपर्ने हो, सो कुरा बताइएको हुनुपर्नेछ। हामीले तपाईको अनुरोधलाई स्वीकार गर्ने प्रयास गर्नेछौं।

यदि कुनै कुराको जानकारीको खुलासा रोक्ने क्रममा तपाईंलाई खतरा पर्नसक्छ र हामीसंग संचारगर्न तपाईंलाई वैकल्पिक संचारको आवश्यक छ भनि भन्नुहुन्छ भने, हामी तपाईंको अनुरोधको सम्मान गर्दछौं।

11. मेरो स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी एएचएस AHS ले कसलाई कहिले-कहिले दिएको छ, के म त्यसको सूची प्राप्त गर्नसक्छु?

अनुरोध गरिएको मिति देखि ६ बर्ष अगाड़ी सम्मको हामीद्वारा प्रदान गरिएको तपाईंको स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी कसलाई र किन विवरण गरिएको बारे थाहा पाउनको निम्ति तपाईंले अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले यो अनुरोध गोपनीयता सम्बन्धी अधिकारीलाई लिखित रूपमा गर्नुपर्नेछ। तपाई सम्बन्धी जानकारी प्रदान गरिएको हरेक स्थितिलाई सूचीबद्धगर्ने कानूनी बाध्यता हाम्रो छैन। उदाहरणको लागि, एएचएस AHS उपचार, भुक्तानी वा स्वास्थ्य हेरचाह सम्बन्धी क्रियाकलापहरूको बेलामा तपाईंसंग सम्बन्धित जानकारी प्रदान गरिएका घटनाहरूलाई हामीले सूचीबद्ध गर्ने आवश्यकता छैन। यसबाहेक, तपाईंद्वारा हस्ताक्षरित स्वीकृति फारमको आधारमा प्रदान गरिएको तपाईंको जानकारीको हिसाबकिताब पनि हामीले राख्ने आवश्यकता छैन।

12. मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी बारे गोपनीयताको उल्लङ्घन वा सुरक्षा विषयको सम्बन्धमा के मलाई अवगत गराइन्छ?

तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीबारे कुनै प्रकारको उल्लङ्घन भए हामी सूचित

गर्नेछौं। उल्लङ्घन त्यसबखत हुँदछ, जब कसैले अनुमति बिना त्यसलाई हेर्दछ, प्रयोग गर्दछ वा स्वास्थ्यबारे जानकारीको गोपनीयता अथवा त्यसको उल्लङ्घन हुने गरी सुरक्षित सूचना सार्वजनिक गर्दछ। सूचना नियममा सम्झौताको दुरूपयोग गरिएको छ/छैन भनि निर्धारित गर्न AHS एएचएसले गोपनीयता नियममा आधारित जोखिम मूल्यांकन कारकहरू प्रयोग गर्दछ।

13. एएचएस AHS ले कुन कानूनहरूको पालन गर्छ जसले मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीको गोपनीयता लागू हुन्छ?

हामीले सन् 1996-को संघीय स्वास्थ्य बीमा संवहनीयता एवं उत्तरदायित्व ऐन (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) को पालन गर्छौं, जसलाई छोटकरीमा हिप्पा-HIPPA भनिन्छ । हामी तपाईंको गोपनीयतालाई हिप्पा-HIPPA भन्दा अधिक सुरक्षा प्रदान गर्ने कुनै पनि संघीय वा राज्यका कानूनहरूको पनि पालन गर्छौं; यदि ती लागू हुन्छन् भने। उदाहरणको लागि, हामी पदार्थ दुरूपयोग उपचार कार्यक्रमसित सम्बद्ध संघीय गोपनीयता कानून, 42 CFR भाग 2, मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी विवरणहरूसित सम्बद्ध राज्य गोपनीयता कानून, 18 VSA § 7103 र 33 VSA § 2092(c) को पालना गर्छौं ।

14. के मैले यो सूचनाको एउटा प्रतिलिपि प्राप्त गर्नसक्छु?

अवश्य, यो सूचनाको एउटा प्रतिलिपि पाउने तपाईंलाई अधिकार छ । तपाईंले कुनै पनि समयमा हामीलाई प्रतिलिपिको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। यसको विधुत्तीय प्रतिलिपि हाम्रो वेबसाइटमा उपलब्ध छ, www.humanservices.vermont.gov

15. के एएचएसले गोपनीयता सम्बन्धी कार्यप्रणालीलाई परिवर्तित गर्नसक्छ?

हाम्रो गोपनीयतासम्बन्धी कार्यप्रणाली साथै यो सूचनालाई परिवर्तित गर्ने अधिकार हामीसित सुरक्षित छ। हाम्रो कार्यप्रणालीमा भएका कुनै पनि परिवर्तनहरू, तपाईंबारे हामीसंग अघिनै रहेका जानकारीहरू र भविष्यमा हामीले प्राप्तगर्ने जानकारीहरू माथि लागू हुनेछन् । कुनै पनि नयाँ सूचनालाई हामी हाम्रो वेबसाइट, www.humanservices.vermont.gov मा उपलब्ध गराउनेछौं अनि हुलाकद्वारा तपाईंलाई पठाउनेछौं ।

16. यस सूचनाबारे मसंग प्रश्नहरू छन् भने, मैले कसलाई सम्पर्क गर्नुपर्छ?

कृपया गोपनीयता सम्बन्धी अधिकारीलाई फ़ोन 802.241.0225 मा, ईमेल AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov मा, वा निम्न ठेगानामा हुलाक द्वारा सम्पर्क गर्नुहोस्:

AHS Privacy Officer
c/o Agency of Human Services
Office of the Secretary
280 State Drive – Center Building
Waterbury VT 05671-1000

17. गोपनीयता सम्बन्धी मेरा अधिकारहरूको उल्लंघन भएको छ भनी मलाई लागेको खण्डमा, मैले कसरी गुनासो गर्नुपर्छ ?

तपाईंले हाम्रो गोपनीयता सम्बन्धी अधिकारीलाई लिखित रूपमा वा फोनद्वारा आफ्नो गुनासो पोख्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले नागरिक अधिकार कार्यालयमा पनि आफ्नो गुनासो पोख्न सक्नुहुन्छ। हुलाक: DHHS, JFK Federal Building Room 1875, Boston, MA 02203, फोन: 1-800-537-7697,
वा वेब साईट: https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html

मानव सेवा एजेन्सी (Agency of Human Services)
गोपनीयता सम्बन्धी कार्यप्रणालीको सूचना
यो सूचना 1 जुन 2022 देखि लागू भएको छ

गोपनीयता अभ्यास सम्बन्धमा: व्यक्तिगत पहिचानयोग्य जानकारी

स्वास्थ्य जानकारी गोपनीयता अभ्यासको अतिरिक्त, हामीले जुन व्यक्तिहरूलाई सुविधा र सेवाहरू उपलब्ध गराउँछौं, ती व्यक्तिहरूको पहिचान गराउने जानकारीको गोपनीयता सम्बन्धमा एएचएस AHS ले मार्ग निर्देशिका तयार पारेको छ।

व्यक्तिगत पहिचान सम्बन्धी जानकारी भनेको के हो?

यो एएचएस AHS वा उसका ठेकदारहरू वा अनुदानग्राहीहरू द्वारा तयार पारिएको वा प्राप्त गरिएको जानकारी हो, जसको आधारमा एएचएस AHS बाट सेवा वा सुविधाहरू प्राप्तगर्ने व्यक्तिको पहिचान गर्नसकिन्छ, वा पहिचान गर्नसक्ने सम्भावना हुन्छ। व्यक्तिको पहिचान सम्बन्धी जानकारीको उदाहरणहरू निम्न प्रकार छन्:

- नाम
- सामाजिक सुरक्षा संख्या (सोसल सेक्युरिटी नम्बर)
- जन्म मिति
- ठेगाना
- फोन नम्बर

एएचएस AHS ले मेरो अनुमति विना मेरो पहिचान सम्बन्धी जानकारीको वितरण वा प्रकटीकरण कहिले गर्छ?

हामी हाम्रो आफ्नै कार्यक्रम प्रशासनको निम्ति तपाईंको अनुमति विना नै तपाईंको पहिचान सम्बन्धी जानकारीको वितरण वा प्रकटीकरण गर्नसक्छौं। कार्यक्रम प्रशासन भनेको एएचएस AHS का क्रियाकलापहरू संचालन गर्नको लागि आवश्यक गतिविधिहरू हुन् जसमा निम्न कुराहरु समावेस छन्:

- तपाईंले निवेदन दिनुभएको सेवा र सहायताको लागि योग्यता साथै यी सुविधाहरूको परिधि स्थापितगर्नु, जसमा एएचएस AHS भित्र तथा यसका ठेकदारहरू र अनुदानग्राहीहरू बीच सेवाहरूको पहिचानको साथै समायोजन सम्मिलित छ।
- व्यक्ति र परिवारहरूलाई उपलब्ध गराइने सेवा र सहयोगको योजना बनाउनु, व्यवस्था मिलाउनु, यसको लागि रकम जुटाउनु वा भुक्तानी गर्नु।
- सुविधाहरूको तालमेल मिलाउनु।
- जालसाजी र दुरुपयोगबारे पत्तो लगाउनु।
- गुणस्तरलाई उच्च बनाइराख्ने र सुधारात्मक गतिविधिहरूमा संलग्न हुनु।
- सङ्कटकालीन स्थिति तथा आपतको बेलामा राहत कार्य गर्नु।
- AHS संयुक्त राज्य सरकारसँग आप्रवासी स्वास्थ्य बीमा योजनाका आवेदक वा नामाङ्कित व्यक्तिहरूको सम्बन्धमा कुनै पनि जानकारी साझा गर्न निषेध गरिएको अवस्थामा बाहेक संघीय र राज्यका नियम-कानून, रिपोर्टिंग र आर्थिक अनुदानका मापदण्डहरूको अनुपालन गर्नु।

मेरो पहिचान सम्बन्धी जानकारीको वितरण वा प्रकटीकरणको लागि एएचएस AHS ले कहिले कुन अवस्थामा मेरो अनुमति लिन आवश्यक छ?

निम्न कारणहरूको लागि तपाईंको पहिचान सम्बन्धी जानकारीको वितरण र प्रकटीकरणको लागि हामीलाई तपाईंको लिखित अनुमतिको खाँचो पर्छ:

- तपाईंले अघिनै निवेदन दिनुभएको सेवाहरू बाहेकका अन्य सेवाहरूको निम्ति तपाईंको योग्यता बारे विचार गर्नको लागि।
- हाम्रो अनुबन्धमा नरहेका वा अनुदान प्राप्त नगरेका तपाईंका सेवा प्रदायकहरूसित तपाईंलाई उपलब्ध गराइने सेवाहरूको तालमेल मिलाउनुको लागि।
- एएचएस AHS बाहिरका पेशावालहरूसंग उनीहरूको विशेषज्ञताबाट लाभ उठाउनको लागि सल्लाह-परामर्श गर्नको लागि।
- तपाईंले रोज्नुभएका व्यक्तिहरूलाई सम्बन्धित जानकारी दिनको लागि।

माथि उल्लेख गरिएका अवस्थाहरुको लागि तपाईंले हामीलाई अनुमति नदिनुभएको खण्डमा, हामीले तपाईंलाई दिनुपर्ने पूर्ण परिमाण र गुणस्तरको सेवाहरू उपलब्ध गराउन नसक्ने हुन सक्छ।

स्वीकृति:

**प्रत्यक्ष उपचार प्रदायकहरूले यो सूचना प्राप्त भएको व्यक्तिबाट एउटा लिखित स्वीकृति प्राप्त गर्नको लागि विश्वास जित्ने प्रयास गर्नेछन्। यदि उसको स्वीकृति पाउन सकिदैन भने, प्रदायकले उसको स्वीकृति पाउनको लागि प्रयास गरेको तर स्वीकृति पाउन नसकेको र यसको कारण सहित कागजातमा उल्लेख हुनु आवश्यक छ।*

मैले यो सूचनाको एक प्रतिलिपि प्राप्त गरे भनी म स्वीकार गर्छु।

मिति:____________________

____
(व्यक्ति वा व्यक्तिको प्रतिनिधिको हस्ताक्षर)

____
(व्यक्ति वा व्यक्तिको प्रतिनिधिको पूरा नाम)