

# આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતા

[મેહરબાની કરી ને છાપો]

# PerformCARE®

આ ફોર્મનો ઉપયોગ તમારી સુરક્ષિત આરોગ્ય માહિતી ("PHI") શેર કરવા માટે થાય છે જ્યાં ફેડરલ અને રાજ્ય ગોપનીયતા કાયદા દ્વારા આવશ્યક છે. તમારી અધિકૃતતા PerformCare ને તમે પસંદ કરેલ વ્યક્તિ(ઓ) અથવા સંસ્થા(ઓ) સાથે તમારી PHI શેર કરવાની મંજૂરી આપે છે. તમે વ્યક્તિ(ઓ) અથવા સંસ્થા(ઓ) ને તમારી PHI ને PerformCare સાથે શેર કરવાની મંજૂરી આપવાનું પણ પસંદ કરી શકો છો. તમે PerformCare ને વિનંતી સબમિટ કરીને કોઈપણ સમયે આ અધિકૃતતા રદ કરી શકો છો. વધુ સૂચનાઓ માટે **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)** પર સભ્ય સેવાઓની સંપર્ક કરો.

<b>ભાગ A. સભ્યની માહિતી: (વ્યક્તિગત જેની PHI વહેંચવામાં આવશે)</b>			
સભ્યનું પ્રથમ નામ:		મધ્ય આધાક્ષર:	
અટક:	સભ્ય ID (ID કાર્ડ જુઓ):		
સભ્ય સ્ટ્રીટ સરનામું:			
શહેર:	રાજ્ય:	પિન કોડ:	
સભ્યની જન્મ તારીખ:	ટેલિફોન નંબર (વિસ્તાર કોડ સાથે):		

<b>ભાગ B. લેનાર: (વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા કે જે તમારી PHI પ્રાપ્ત કરશે)</b>			
નીચે આપેલા વ્યક્તિ અથવા સંસ્થાને મારી PHI ને પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે:			
શું તમે નીચેની વ્યક્તિ અથવા સંસ્થાને તમારી PHI ને અમારી સાથે શેર કરવા માંગો છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના			
પ્રથમ નામ:		અટક:	
સંસ્થાનું નામ (જો લાગુ હોય તો)			
સરનામું:			
શહેર:	રાજ્ય:	પિન કોડ:	
ટેલિફોન નંબર (વિસ્તાર કોડ સાથે):			
ભાગ A માં સભ્ય સાથે સંબંધ:			

<b>ભાગ C. PHI નું વર્ણન શેર કરવું:</b>			
કયા પ્રકારની PHI શેર કરી શકાય છે તે અમને જણાવો. તમે ઇચ્છો તેટલા બોક્સને ચિહ્નિત કરી શકો છો. ઓછામાં ઓછું એક બોક્સ પસંદ કરવું આવશ્યક છે.			
<input type="checkbox"/> સંપૂર્ણ રેકોર્ડ. મારા આરોગ્ય સંભાળના લાભો અને સેવાઓ માટેની જોગવાઈ અને ચુકવણીથી સંબંધિત તમામ PHI. મનોરોગચિકિત્સાની નોંધોને શેર કરવા માટે સંઘીય કાયદા અનુસાર એક અલગ અધિકૃતતાની જરૂર હોય છે.			
<input type="checkbox"/> વિશેષ રેકોર્ડ. કેટલાક કાયદાઓ મુજબ તમારે અમુક PHI ને શેર કરવા માટે વિશિષ્ટ પરવાનગી આપવાની જરૂર હોય છે. કૃપા કરી જે PHI શેર કરવા યોગ્ય છે તે માટે નીચેના બોક્સ ચિહ્નિત કરો. આ બોક્સને ચિહ્નિત કરીને, તમે તે પ્રકારની PHI ધરાવતા તમારા બધા રેકોર્ડને શેર કરવાની મંજૂરી આપો છો. જો તમે ફક્ત રેકોર્ડના કોઈ ભાગને શેર કરવાને અધિકૃત કરવા માંગતા હો, જેમ કે ફક્ત એક નિદાન વિશેનો રેકોર્ડ, તો નીચે "ફક્ત મર્યાદિત માહિતી" વિભાગ ભરો.			
<input type="checkbox"/> આનુવંશિક માહિતી	<input type="checkbox"/> જાતીય રોગ		
<input type="checkbox"/> HIV/એઇડ્સ	<input type="checkbox"/> ગર્ભપાત અને પરિવાર નિયોજન		
<input type="checkbox"/> કેફી પદાર્થ અથવા આલ્કોહોલનો ઉપયોગ	<input type="checkbox"/> સંક્રમિત રોગો		
<input type="checkbox"/> માનસિક/વર્તન આરોગ્ય (દર્દી દ્વારા હોસ્પિટલમાં રહીને લેવાતી સારવાર સહિત)	<input type="checkbox"/> તમે અમને જે માહિતી સાથે ગુપ્ત રીતે વર્તવાનું કહ્યું છે		
<input type="checkbox"/> ફક્ત મર્યાદિત માહિતી. નીચેના બોક્સમાં, તમે જે PHI ને શેર કરવા માંગો છો તેનું વર્ણન કરો. ઉદાહરણ:			
• [તારીખ] પર મારી સેવાથી સંબંધિત દાવો.		• [તારીખ] પર મારા દાવાને લગતી અપીલની માહિતી.	

**ભાગ C. PHI નું વર્ણન શેર કરવું:**

કૃપા કરીને તમે જે માહિતીને શેર કરવા માંગો છો તેનું વર્ણન કરો:

**ભાગ D. આ અધિકૃતતાનો હેતુ**

આ અધિકૃતતા નીચેના હેતુઓ માટે PHI ને શેર કરવા માટે માન્ય છે. (કૃપા કરીને એક અથવા બંને બોક્સને તપાસો).

મારી સ્વાસ્થ્યની જરૂરિયાતો માટે નિદાન, સારવાર, સંચાલન અને/અથવા ચૂકવણી કરવામાં સહાય માટે.

અથવા

નીચે આપેલા કારણોસર:

જો ઉપર જણાવેલ હેતુ સિવાયના કોઈપણ અન્ય હેતુ માટે ઉપયોગમાં લેવાય તો આ અધિકૃતતા અમાન્ય રહેશે.

**ભાગ E. આ અધિકૃતતાની સમાપ્તિ તારીખ**

આ અધિકૃતતા નીચેના હેતુઓ માટે PHI ને શેર કરવા માટે માન્ય છે. (કૃપા કરીને એક બોક્સને ચિહ્નિત કરો).

હું ઈચ્છું છું કે PerformCare સાથેનું મારું કવરેજ સમાપ્ત થાય તેના એક (1) વર્ષ પછી અધિકૃતતા સમાપ્ત થાય. (નીચેની માહિતી જુઓ)\*

અથવા

નીચેની તારીખ, ઘટના અથવા શરત\* પર:

\* આ અધિકૃતતાને રદ કરવા માટે PerformCare ને ઘટના/શરતની જાણ કરવી આવશ્યક છે. ઉત્તર કેરોલિના અને ન્યુ જર્સીમાં, આ અધિકૃતતા એક વર્ષ પછી હસ્તાક્ષર થયાની તારીખ પછી આપમેળે સમાપ્ત થાય છે, સિવાય કે તમે પહેલાની તારીખ પસંદ કરી હોય. ન્યુ હેમ્પશાયરમાં, અધિકૃતતા તેની પર હસ્તાક્ષર થયાની તારીખના બે વર્ષ પછી આપમેળે સમાપ્ત થાય છે, સિવાય કે તમે પહેલાની તારીખ પસંદ કરી હોય. લ્યુઇસિયાનામાં, જો તમે આનુવંશિક માહિતીના શેરિંગની વિનંતી કરી રહ્યાં છો, તો અધિકૃતતાએ સાઇન થયાની તારીખના સાઠ દિવસ પછી સમાપ્ત થાય છે, સિવાય કે તમે પહેલાની તારીખ પસંદ કરી હોય. કોલંબિયાના જિલ્લામાં, જો તમે માનસિક સ્વાસ્થ્યની માહિતીની વહેંચણીની વિનંતી કરી રહ્યાં છો, તો અધિકૃતતા એક વર્ષ પછી હસ્તાક્ષર થયાની તારીખ પછી સમાપ્ત થાય છે, સિવાય કે તમે પહેલાની તારીખ પસંદ કરી હોય.

**ભાગ F. મંજૂરી: તમારે અથવા તમારા વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિએ આ ફોર્મને પૂર્ણ કરવા માટે તેના પર હસ્તાક્ષર કરવા અને તારીખ લખવી આવશ્યક છે.**

હું સમજું છું કે મારી PHI ને શેર કરવા માટેની આ અધિકૃતતા સ્વૈચ્છિક છે અને તે PerformCare માં નોંધણી કરવાની, લાભો મારેની પાત્રતા અથવા દાવાની ચૂકવણી માટેની શરત નથી. હું સમજું છું કે હું PerformCare ને વિનંતી સબમિટ કરીને કોઈપણ સમયે આ અધિકૃતતાને રદ કરી શકું છું, અને આ અધિકૃતતાને રદ કરવાથી રદ કરવાની મારી વિનંતી પહેલાં અધિકૃતતા અનુસાર કરવામાં આવેલ કોઈપણ પગલાંને અસર થશે નહીં. હું પણ સમજું છું કે જો હું આ અધિકૃતતાને રદ કરું છું, તો હું તે વ્યક્તિ(ઓ) અથવા સંસ્થા(ઓ) ને લાંબા સમય સુધી મારા PHI ને શેર કરવા માંગતો નથી, જે ઉપરના ભાગ B માં સૂચિબદ્ધ વ્યક્તિ(ઓ) અથવા સંસ્થા(ઓ) ને અલગથી સૂચિત કરવી જોઈએ. હું એ પણ સમજું છું કે હું ઉપર વર્ણવેલ મારા PHI ને પ્રાપ્ત કરનાર વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા ફેડરલ અથવા રાજ્ય આરોગ્ય માહિતી ગોપનીયતા કાયદાઓને આધિન નથી, તો તેઓ મારા PHI ને વધુ શેર કરી શકે છે અને તે હવે ફેડરલ અથવા રાજ્ય ગોપનીયતા કાયદા દ્વારા સુરક્ષિત રહેશે નહીં. હું એ પણ સમજું છું કે હું અથવા મારા વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ પાસે આ ફોર્મની એક નકલ પ્રાપ્ત કરવાનો અને મારા PHI ની સમીક્ષા કરવાનો અધિકાર છે જે આ અધિકૃતતાને કારણે શેર કરી શકાય છે.

સભ્ય હસ્તાક્ષર: નીચે હસ્તાક્ષર કરીને, હું મારા PHI ને શેર કરવાને ઉપર વર્ણવ્યા મુજબ અધિકૃત કરું છું.

સભ્યની સહી (14 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના)  
અથવા માતાપિતાની સહી:

તારીખ:

## આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતા

વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિના હસ્તાક્ષર: નીચે હસ્તાક્ષર કરીને, હું મારા PHI ને શેર કરવાને ઉપર વર્ણવ્યા મુજબ અધિકૃત કરું છું. વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ તે વ્યક્તિ છે જેની પાસે કોઈ વ્યક્તિ વતી કાર્ય કરવાની કાનૂની સત્તા હોય છે. મુખત્યારનામું અથવા અન્ય કાનૂની દસ્તાવેજોની એક નકલ PerformCare માટે ફાઇલ પર હોવી જોઈએ અથવા આ ફોર્મ સાથે સબમિટ કરવી જોઈએ.	
વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિનું મોટા અક્ષરે લખેલું નામ:	
પ્રતિનિધિનું સરનામું:	
વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિની સત્તાનું વર્ણન:	
વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિના હસ્તાક્ષર:	
તારીખ:	ટેલિફોન નંબર:

પૂર્ણ થયેલ ફોર્મ આના પર પરત કરો: **Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092**  
ફેક્સ નંબર: **1-833-214-2242**

## આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરવા માટે અધિકૃતતામાં ઉમેરો

<b>મૌખિક સંમતિ</b> અમે, નીચે હસ્તાક્ષર કરનાર, અમે પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત વિભાગ A માં ઓળખ અપાયેલ સભ્ય આ અધિકૃતતા પર હસ્તાક્ષર કરવામાં શારીરિક રીતે અસમર્થ છે. મૌખિક સંમતિ, તેવા દસ્તાવેજની જરૂરિયાતને બદલતી નથી, જે દર્શાવે છે કે અન્ય વ્યક્તિ સભ્યનો વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ છે, અને આ દસ્તાવેજને ફક્ત એટલા માટે બદલી શકશે નહીં, કારણ કે સભ્ય માટે હસ્તાક્ષર કરવા અસુવિધાજનક છે. કારણ:	
નીચેના હસ્તાક્ષરો સૂચવે છે કે: • આ ફોર્મ અંગેની માહિતી સભ્યને જણાવવામાં આવી હતી. • સભ્યએ આ અધિકૃતતામાંની માહિતીની તેમની સમજણ સૂચવી હતી. • સભ્યએ મુક્તપણે તેમની સંમતિ આપી હતી.	
સભ્ય સાથે સંચાર કરવાની પદ્ધતિ: <input type="checkbox"/> ફોન <input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત <input type="checkbox"/> અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો):	
સાક્ષીનું મોટા અક્ષરોમાં નામ:	સાક્ષીનું મોટા અક્ષરોમાં નામ:
સાક્ષીના હસ્તાક્ષર:	સાક્ષીના હસ્તાક્ષર:
તારીખ: / /	તારીખ: / /

## ભેદભાવ કાયદાની વિરુદ્ધ છે

PerformCare લાગુ ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદાઓનું પાલન કરે છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અપંગતા અથવા લિંગના આધારે ભેદભાવ કરતું નથી. PerformCare જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, વિકલાંગતા અથવા લિંગને કારણે લોકોને બાકાત રાખતું નથી અથવા તેમની સાથે અલગ વર્તન કરતું નથી.

PerformCare એ New Jersey Children's System of Care દ્વારા સેવાઓને એક્સેસ કરવામાં ભાષા અવરોધો ઘટાડે છે:

- અમારી સાથે અસરકારક રીતે વાતચીત કરવા માટે વિકલાંગ લોકોને મફત સહાય અને સેવાઓ પ્રદાન કરે છે, જેમ કે:
  - અન્ય ફોર્મેટમાં લેખિત માહિતી (મોટા પ્રિન્ટ, ઓડિઓ, સુલભ ઇલેક્ટ્રોનિક ફોર્મેટ, અન્ય ફોર્મેટ).
  - ટેલિકોમ્યુનિકેશન સાધન જેમ કે ડિવાઇસ ફોર ધ ડેફ (TDD) અને ટેક્સ્ટ ટેલિફોન (TTY) સિસ્ટમ જે વ્યક્તિઓ બહેરા છે, સાંભળવામાં અસમર્થ છે અથવા બોલવામાં સમસ્યા ધરાવે છે તેઓ વાતચીત કરવા માટે ફોનનો ઉપયોગ કરી શકે છે.
- જેમની પ્રાથમિક ભાષા અંગ્રેજી નથી તેવા લોકોને કોઈપણ કિંમતે ભાષા સેવાઓ પૂરી પાડવી, જેમ કે:
  - લાયકાત ધરાવતા દુભાષિયા સેવાઓ.
  - અન્ય ભાષાઓમાં લખેલી માહિતી.

જો તમને આ સેવાઓની જરૂર હોય, તો PerformCare નો 1-877-652-7624 અથવા [TTY (સાંભળવાની ક્ષતિવાળા લોકો માટે) 1-866-896-6975] પર સંપર્ક કરો. દિવસના 24 કલાક,

Multi-language interpreter services

## Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Spanish:** Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Portuguese:** Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

**Haitian Creole:** Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Chinese Mandarin:** 注意: 如果您说中文普通话/国语, 我们可为您提供免费语言援助服务。请致电: 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

**Bengali:** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৭৭-৬৫২-৭৬২৪ (TTY 1-866-896-6975)।

**French:** Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

PCNJ\_19450360-7

[www.performcarenj.org](http://www.performcarenj.org)

સપ્તાહના સાત દિવસ અમે ઉપલબ્ધ છીએ.

જો તમે માનતા હો કે PerformCare આ સેવાઓ પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળ ગયું છે અથવા જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અપંગતા અથવા લિંગના આધારે અન્ય રીતે ભેદભાવ કરવામાં આવ્યો છે, તો તમે PerformCareના ગુણવત્તા વિભાગને મેઇલ અથવા ફોન દ્વારા, 1-877-652-7624 પર કોલ કરીને અથવા અહીં લખીને ફરિયાદ સબમિટ કરી શકો છો:

PerformCare અહીં મોકલો: Quality Department  
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

જો તમને ફરિયાદ દાખલ કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો PerformCare નો ગુણવત્તા વિભાગ તમને મદદ કરવા માટે ઉપલબ્ધ છે.

તમે U.S. Department of Health and Human Services, નાગરિક અધિકારની ઓફિસ સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક રીતે નાગરિક અધિકાર ફરિયાદ પોર્ટલ, જે <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> પર ઉપલબ્ધ છે, તે દ્વારા, અથવા અહીં મેઇલ અથવા ફોન કરીને પણ નાગરિક અધિકાર ફરિયાદ દાખલ કરી શકો છો:

U.S. Department of Health and Human Services 200  
Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> પર ફરિયાદ ફોર્મ ઉપલબ્ધ છે.

**Vietnamese:** Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

**Chinese Cantonese:** 注意: 如果您使用粵語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

**Polish:** Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Urdu:**

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

**Turkish:** Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

**Russian:** Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).