

# CountyCare গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি

এই বিজ্ঞপ্তিটি আপনাকে বলে যে আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং ভাগ করে নিতে পারে। এটি আরও বর্ণনা করে কীভাবে আপনি আপনার নিজস্ব স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারেন। দয়া করে এটি মনোযোগ সহকারে পর্যালোচনা করুন।

## এই নথিটি কী?

এই নথি, যা “গোপনীয়তা অনুশীলনের বিজ্ঞপ্তি” নামে পরিচিত, আপনাকে জানায় CountyCare (“আমরা”, “আমাদের”) কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য এবং জনসংখ্যাগত তথ্য ব্যবহার ও ভাগ করতে পারে, যার মধ্যে রয়েছে কিন্তু সীমাবদ্ধ নয় আপনার জাতি, জাতিগত পরিচয়, ভাষা বা যৌন অভিমুখিতা। এই বিজ্ঞপ্তিতে আপনার তথ্য অ্যাক্সেস করার অধিকার এবং এটি রক্ষা করার জন্য আমাদের দায়িত্বগুলিও বর্ণনা করা হয়েছে। আমাদের অবশ্যই আপনার স্বাস্থ্য তথ্য গোপন এবং সুরক্ষিত রাখতে হবে।

## স্বাস্থ্য তথ্য কী?

“স্বাস্থ্য তথ্য” বলতে আপনার স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত যেকোনো তথ্য বোঝায় যা আপনাকে শনাক্ত করে। উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে আপনার নাম, জন্ম তারিখ, আপনার প্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবার বিবরণ বা আপনার যত্নের জন্য প্রদত্ত অর্থের পরিমাণ।

## আপনি এটা আমাকে কেন দিচ্ছেন?

আইন অনুসারে আমাদের আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করতে হবে এবং আমরা কীভাবে এটি ব্যবহার এবং ভাগ করি সে সম্পর্কে তথ্য সরবরাহ করতে হবে। আইনত আমাদেরও আপনাকে এই নোটিশটি দিতে হবে। এই রাজ্য এবং ফেডারেল আইনগুলি আমাদের সদস্য হিসেবে আপনার গোপনীয়তা সাবধানে বজায় রাখার এবং সুরক্ষিত করার প্রতি আমাদের প্রতিশ্রুতিকে আরও শক্তিশালী করে। যদিও এটি স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য নয়, আমরা আপনার জনসংখ্যাগত তথ্য যেমন জাতি, জাতিগত পরিচয়, ভাষা এবং যৌন অভিমুখিতার ক্ষেত্রেও একই গোপনীয়তা এবং সুরক্ষা প্রয়োগ করি। এখানে বর্ণিত উপায় ছাড়া আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার বা ভাগ করব না, যদি না আপনি আমাদের লিখিতভাবে অনুমতি দেন। আপনার জনসংখ্যাগত তথ্য পরিষেবা, কভারেজ, বা সুবিধা অস্বীকার করার জন্য ব্যবহার করা হবে না। যদি আপনি আমাদের বলেন যে আমরা আপনার তথ্য ভাগ করে নিতে পারি, তাহলে আপনি যেকোনো সময় আপনার সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করতে পারেন। আপনার মত পরিবর্তন হলে লিখিতভাবে আমাদের জানান।

## এই বিজ্ঞপ্তি কে অনুসরণ করে?

CountyCare-এর সাথে কাজ করা সকল কর্মচারী, ঠিকাদার, পরামর্শদাতা, বিক্রেতা, স্বৈচ্ছাসেবক এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবী ও সংস্থাগুলি এই বিজ্ঞপ্তি অনুসরণ করে।

## আমরা কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য এবং জনসংখ্যা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার এবং ভাগ করে নিতে পারি

**আপনার স্বাস্থ্যসেবা চিকিৎসা পরিচালনা করতে।** আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সহায়তা করার জন্য আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার এবং ভাগ করে নেব।

**উদাহরণ স্বরূপ:** একজন ডাক্তার আপনার রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসা পরিকল্পনা সম্পর্কে তথ্য আমাদের পাঠান যাতে আমরা অতিরিক্ত পরিষেবার ব্যবস্থা করতে পারি।

**উদাহরণ স্বরূপ:** আমরা আপনার স্বাস্থ্য এবং জনসংখ্যা সংক্রান্ত তথ্য (যেমন আপনার পছন্দের ভাষা) এমন কোনও পরিষেবা সংস্থার সাথে ভাগ করে নিতে পারি যারা স্বাস্থ্যসেবা সহায়ক আবাসন পরিষেবার ব্যবস্থা করে।

**স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য।** আমাদের কাজটি করতে এবং আমরা কতটা ভালোভাবে করছি তা মূল্যায়ন করতে আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং ভাগ করে নেব। প্রয়োজনে অথবা আপনি যদি যোগাযোগের জন্য সম্মতি দিয়ে থাকেন, তাহলে আমরা আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারি।

**উদাহরণ স্বরূপ:** আমরা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহার করব আপনার জন্য আরও ভালো সেবা তৈরি করতে অথবা নিশ্চিত করতে যে আপনি ভালো সেবা পাচ্ছেন।

**উদাহরণ স্বরূপ:** আমরা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ইলিনয় রাজ্যে জমা দিই আমাদের চুক্তি অনুসরণ করছি তা প্রমাণ করার জন্য।

**আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবার খরচ বহন করার জন্য।** আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদানের সময় আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং ভাগ করে নিতে পারি।

**উদাহরণ স্বরূপ:** আপনার প্রেসক্রিপশনের জন্য অর্থ প্রদানের সমন্বয় সাধনের জন্য আমরা আপনার প্রেসক্রিপশন পরিকল্পনার সাথে আপনার তথ্য ভাগ করি।

**আপনার পরিকল্পনা পরিচালনা করার জন্য।** আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য অন্যান্য ব্যবসার সাথে ভাগ করতে পারি যাদের CountyCare-এর সাথে পরিকল্পনা প্রশাসনের জন্য চুক্তি রয়েছে।

**উদাহরণ স্বরূপ:** আমরা আপনার তথ্য একটি পরিবহন কোম্পানির সাথে ভাগ করব যাতে নিশ্চিত করা যায় যে আপনি আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্টে পৌঁছাতে পারেন।

**ব্যবসায়িক সহযোগীদের সাথে।** আমরা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য অন্য একটি কোম্পানির সাথে ভাগ করতে পারি, যাকে “ব্যবসায়িক সহযোগী” বলা হয়, যাকে আমরা আমাদের জন্য বা আমাদের পক্ষ থেকে সেবা প্রদানের জন্য নিয়োগ করি। আমরা কেবল তখনই আপনার তথ্য শেয়ার করব যদি ব্যবসায়িক সহযোগী স্বাস্থ্য এবং জনসংখ্যা সংক্রান্ত তথ্য গোপন এবং সুরক্ষিত রাখতে লিখিতভাবে সম্মত হন।

## আপনার অনুমতি নিয়ে আমরা কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য এবং জনসংখ্যা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার বা ভাগ করতে পারি

নিচে বর্ণিত পরিস্থিতিতে আমরা কীভাবে আপনার তথ্য ব্যবহার এবং ভাগ করে নেব তা আপনি বেছে নিতে পারেন।

আপনি আমাদের কী করতে চান, তা জানান, আমরা আপনার নির্দেশাবলী অনুসরণ করব। যদি আপনি আপনার পছন্দ আমাদের জানাতে না পারেন, তাহলে আমরা আপনার তথ্য ভাগ করতে পারি যদি আমরা বিশ্বাস করি এটি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে।

**আপনার যত্নের জন্য অর্থ প্রদানের সাথে জড়িত ব্যক্তিদের সাথে।** আমরা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য আপনার পরিবারের সদস্য, বন্ধুবান্ধব অথবা আপনার স্বাস্থ্যসেবার সাথে জড়িত বা এর খরচ বহন করতে সাহায্যকারী অন্য যেকোনো ব্যক্তির সাথে ভাগ করতে পারি। আপনার তথ্য নির্দিষ্ট কিছু ব্যক্তির সাথে ভাগ না করার জন্য অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে, তবে আপনাকে অবশ্যই আমাদের জানাতে হবে। জরুরি পরিস্থিতিতে বা অন্য কোনো অবস্থায় যেখানে আপনি আমাদের আপনার পছন্দ জানাতে সক্ষম নন, আমরা কিছু তথ্য পরিবার, বন্ধু বা অন্যদের সাথে ভাগ করতে পারি যদি আমরা বিশ্বাস করি এটি আপনার সর্বোত্তম স্বার্থে।

**স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত সুবিধা, পরিষেবা এবং চিকিৎসার বিকল্প সম্পর্কে তথ্য ভাগ করে নেওয়া।** আমরা আপনাকে স্বাস্থ্যসেবা, পণ্য, সম্ভাব্য চিকিৎসা বা আপনার কাছে উপলব্ধ বিকল্পগুলি সম্পর্কে বলতে পারি। আমরা আপনাকে সাধারণ নিউজলেটারের মাধ্যমে, সরাসরি অথবা সামান্য মূল্যের পণ্য বা সেবার মাধ্যমে তথ্য প্রদান করতে পারি। এই কার্যক্রমগুলিতে আমাদের সহায়তা করার জন্য আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য একজন ব্যবসায়িক সহযোগীর সাথে ভাগ করে নিতে পারি। আপনার ইমেল ঠিকানা এবং/অথবা মোবাইল ফোন নম্বর প্রদান করলে আমরা আপনার সাথে অ্যাপয়েন্টমেন্ট রিমাইন্ডার, সদস্য জরিপ, সুস্থতা প্রোগ্রামের সুবিধা বা অন্যান্য সাধারণ যোগাযোগ এবং স্বাস্থ্যসেবা বিষয়বস্তুর জন্য ইমেল বা টেক্সট বার্তার মাধ্যমে যোগাযোগ করতে পারি। যদি আপনি যোগাযোগের এই পদ্ধতিগুলি প্রদান করে থাকেন, তাহলে ফোন কল, ইমেল বা টেক্সট মেসেজের মাধ্যমে যোগাযোগ করা যেতে পারে। আপনি আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন এবং বিশেষভাবে অনুরোধ করতে পারেন যে আমরা যেন এই পদ্ধতিগুলির কোনটির মাধ্যমে আপনার সাথে যোগাযোগ না করি। আপনার লিখিত অনুমতি ছাড়া আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য বিক্রি করতে পারি না।

**নাবালকদের বাবা-মা এবং আইনী অভিভাবকদের সাথে।** আমরা নাবালক শিশুদের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য তাদের বাবা-মা বা আইনী অভিভাবকদের কাছে প্রকাশ করতে পারি, যদি না আইনত এই ধরনের তথ্য প্রকাশ নিষিদ্ধ করা হয়। যদি কোন নাবালক মুক্তিপ্রাপ্ত, বিবাহিত, গর্ভবতী অথবা পিতামাতা হন, তাহলে আমরা নাবালকের অনুমতি ছাড়া তার তথ্য তার বাবা-মা বা আইনী অভিভাবকদের সাথে শেয়ার করব না। যদি কোনো অপ্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি মানব প্রতিরক্ষা অভাবসৃষ্টিকারী ভাইরাস (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/অর্জিত প্রতিরক্ষার অভাবজনিত সংলক্ষণ (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS), মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যা, প্রজনন যন্ত্র বা অন্যান্য সংবেদনশীল অবস্থার জন্য চিকিৎসা গ্রহণ করে, আমরা আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় বা অনুমোদিত না হলে অনুমতি ছাড়া এই তথ্য অপ্রাপ্তবয়স্কের বাবা-মা বা আইনগত অভিভাবকদের কাছে প্রকাশ করব না।

**গবেষণা সম্পাদনের জন্য।** আমরা গবেষণার উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি। তবে, বেশিরভাগ গবেষণা প্রকল্প একটি বিশেষ অনুমোদন প্রক্রিয়ার অধীন এবং যদি কোনও গবেষক আপনার যত্নে জড়িত থাকেন বা আপনার নাম, ঠিকানা বা আপনার শনাক্তকারী অন্যান্য তথ্যে অ্যাক্সেস পান তবে আপনার অনুমতির প্রয়োজন হয়। আইন আপনার অনুমোদন ছাড়াই আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করে কিছু গবেষণা করার অনুমতি দেয়।

**আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য আমাদের কীভাবে ভাগ করে নিতে হবে**

এমন পরিস্থিতিতেও আমাদের আপনার তথ্য শেয়ার করতে হবে যা জনসাধারণের কল্যাণ বা নিরাপত্তায় অবদান রাখে অথবা যদি আইন অনুসারে আমাদের আপনার তথ্য শেয়ার করতে বাধ্য করা

হয়। এই উদ্দেশ্যে আপনার তথ্য ভাগ করার আগে আমাদের অনেক আইনি শর্ত পূরণ করতে হবে।

**জনস্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা।** জনস্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তার কারণে আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য শেয়ার করতে পারি।

উদাহরণস্বরূপ:

- রোগ, আঘাত বা অক্ষমতা প্রতিরোধ বা নিয়ন্ত্রণের জন্য;
- জন্ম ও মৃত্যু রিপোর্ট করা;
- শিশু নির্যাতন বা অবহেলার অভিযোগ জানাতে
- মার্কিন খাদ্য ও ওষুধ প্রশাসন (Food and Drug Administration, FDA) যে পণ্যগুলি তত্ত্বাবধান করে সেগুলি সম্পর্কে তথ্য জানাতে সহায়তা করার জন্য;
- ওষুধের প্রতিকূল প্রতিক্রিয়া রিপোর্ট করা;
- আপনাকে জানানোর জন্য যে আপনি হয়তো কোনও রোগের সংস্পর্শে এসেছেন অথবা কোনও রোগ বা অবস্থার সংস্পর্শে আসার বা ছড়িয়ে পড়ার ঝুঁকিতে থাকতে পারেন; অথবা
- নির্দিষ্ট কিছু ক্ষেত্রে আপনার নিয়োগকর্তার কাছে।

**আইন প্রয়োগকারী সংস্থার সাথে।** ফেডারেল, রাজ্য বা স্থানীয় আইন বা আদালত যখন আমাদেরকে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করতে বাধ্য করবে, তখন আমরা তা করব।

উদাহরণস্বরূপ:

- আদালতের আদেশ, ওয়ারেন্ট, সমন বা অন্যান্য অনুরূপ প্রক্রিয়ার প্রতি সাড়া দেওয়া;
- সন্দেহভাজন, পলাতক, গুরুত্বপূর্ণ সাক্ষী বা নিখোঁজ ব্যক্তিকে সনাক্ত বা সনাক্ত করতে; অথবা
- অপরাধের প্রকৃত বা সন্দেহভাজন শিকার সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করা।

আমরা আইন প্রয়োগকারী কর্মকর্তার সাথে তথ্য ভাগ করে নিতে পারি:

- যদি আমরা বিশ্বাস করি যে মৃত্যু একটি অপরাধের ফলাফল;
- আমাদের সম্পত্তিতে অপরাধের প্রতিবেদন করতে; অথবা
- জরুরি অবস্থায়।

**আইনি কার্যক্রমের অংশ হিসেবে।** আদালতের আদেশ বা সমনের জবাবে আমরা আপনার সম্পর্কে স্বাস্থ্য তথ্য শেয়ার করতে পারি। আমরা কেবল আদেশে উল্লিখিত তথ্যই শেয়ার করব। যদি আমরা অন্য কোনও আইনি অনুরোধ পাই, তাহলে আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ভাগ করতে পারি যদি আমাদের বলা হয় যে আপনি এটি সম্পর্কে জানেন এবং প্রকাশে আপত্তি করেন না।

**তদন্তের সময়।** আমরা আপনার তথ্য ভাগ করব মার্কিন স্বাস্থ্য ও মানব সেবা বিভাগের সচিবের সাথে (U.S. Department of Health and Human Services) যদি তারা গোপনীয়তা লঙ্ঘনের তদন্তের অংশ হিসেবে এটি চান। একই আইনের অধীনে, আপনার অনুরোধ করা রেকর্ডগুলি আমাদের অবশ্যই আপনাকে দিতে হবে। কিছু সীমিত পরিস্থিতিতে, আমরা আপনার কাছ থেকে কিছু তথ্য গোপন রাখতে পারি।

**বিশেষ সরকারি কার্যাবলী।** আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য নিম্নলিখিতদের সাথে ভাগ করে নিতে পারি:

- অনুমোদিত ফেডারেল কর্মকর্তারা;
- সশস্ত্র বাহিনী কর্তৃপক্ষ বা ফেডারেল সংস্থাগুলিকে নির্দেশ দেয় যে আপনি সামরিক

দায়িত্ব পালনের জন্য উপযুক্ত কিনা, প্রবীণ সৈনিকের স্বাস্থ্য সুবিধার জন্য যোগ্য কিনা, অথবা নিরাপত্তা ছাড়পত্র পাওয়ার জন্য চিকিৎসাগতভাবে উপযুক্ত কিনা;

- গোয়েন্দা, পাল্টা গোয়েন্দা এবং অন্যান্য জাতীয় নিরাপত্তা কার্যক্রমের জন্য; এবং
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের রাষ্ট্রপতিকে রক্ষা করার জন্য।

**অপব্যবহার এবং অবহেলা।** আমরা আপনার তথ্য রাজ্য এবং ফেডারেল সংস্থাগুলিকে সন্দেহভাজন নির্ধারিত, অবহেলা বা গার্ডস্টি সহিংসতার রিপোর্ট করার জন্য ভাগ করতে পারি। আপনাকে সম্ভবত বলা হবে যে আমরা এই তথ্যগুলি এই সংস্থাগুলির সাথে ভাগ করে নিচ্ছি।

**দুর্যোগ ত্রাণের জন্য।** দুর্যোগ ত্রাণ পরিস্থিতিতে আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য শেয়ার করতে পারি।

**নিরাপত্তার জন্য গুরুতর হুমকি প্রতিরোধ করুন।** আপনার স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা অথবা অন্যদের স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তার জন্য গুরুতর হুমকি প্রতিরোধ বা হ্রাস করার জন্য আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার এবং ভাগ করে নিতে পারি।

**করোনার, মেডিকেল পরীক্ষক এবং অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালক।** আমরা মৃত ব্যক্তিকে শনাক্ত করতে বা মৃত্যুর কারণ খুঁজে বের করতে একজন করোনার বা মেডিকেল পরীক্ষকের সাথে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করতে পারি। যদি তাদের কাজ করার জন্য অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালকদের প্রয়োজন হয়, তাহলে আমরা তাদের সাথে স্বাস্থ্য তথ্যও ভাগ করে নিতে পারি।

**স্বাস্থ্য তদারকি কার্যক্রম।** নাগরিক অধিকার আইন অনুসরণ করা হচ্ছে কিনা তা নিশ্চিত করার জন্য কিছু স্বাস্থ্য সংস্থা স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা এবং সরকারি কর্মসূচি তত্ত্বাবধান করে। এই উদ্দেশ্যে আমরা আপনার তথ্য এই সংস্থাগুলির সাথে ভাগ করে নিতে পারি।

**অঙ্গ এবং টিস্যু দান।** আপনি যদি একজন অঙ্গ দাতা হন, তাহলে আমরা অঙ্গ, চোখ বা টিস্যু গ্রহণ, পরিবহন বা প্রতিস্থাপনের দায়িত্বে থাকা সংস্থাগুলিকে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে পারি।

**কর্মীদের ক্ষতিপূরণ।** কর্মীদের ক্ষতিপূরণ আইন বা অন্যান্য অনুরূপ প্রোগ্রাম অনুসরণ করার জন্য আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য সংস্থা বা ব্যক্তিদের সাথে ভাগ করে নিতে পারি।

## আমরা আপনার তথ্যের ব্যবহার কীভাবে সুরক্ষিত রাখি

**আমরা আপনার তথ্য কীভাবে নিরাপদ রাখি।** আমরা আপনার স্বাস্থ্য এবং জনসংখ্যা সংক্রান্ত তথ্য সুরক্ষিত রাখার এবং এটি গোপন রাখার জন্য পদক্ষেপ নিই। আপনার স্বাস্থ্য তথ্য সুরক্ষিত রাখার জন্য আমরা ভৌত এবং ইলেকট্রনিক উভয় ধরনের সুরক্ষা ব্যবস্থা ব্যবহার করি, যার মধ্যে রয়েছে নিরাপদ কম্পিউটার সিস্টেম, অ্যাক্সেস এবং পাসওয়ার্ড নিয়ন্ত্রণ, কর্মীদের ন্যূনতম প্রয়োজনীয় এবং ব্যবহারের সীমাবদ্ধতা নীতি এবং বাধ্যতামূলক কর্মচারী এবং বিক্রেতা প্রশিক্ষণ।

## আপনার স্বাস্থ্য এবং জনসংখ্যা সংক্রান্ত তথ্য সম্পর্কিত আপনার অধিকার

**আপনার বিধিনিষেধের অনুরোধ করার অধিকার আছে।** আপনার চিকিৎসা, অর্থপ্রদান এবং স্বাস্থ্যসেবা পরিচালনার জন্য আমরা যেভাবে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহার ও ভাগ করি তা সীমিত করার জন্য আমাদের কাছে অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। তবে, আমাদের অনুরোধে একমত হতে হবে এমন নয়। যদি প্রকাশটি অর্থ প্রদানের উদ্দেশ্যে বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের জন্য হয় এবং আইন অনুসারে অন্যথায় প্রয়োজনীয় না হয়, তাহলে আমাদের অবশ্যই অনুরোধে সম্মত হতে হবে। যদি স্বাস্থ্য তথ্য শুধুমাত্র একটি সম্পর্কে হয় তবে আমাদের অবশ্যই অনুরোধে সম্মত হতে হবে স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা বা জিনিসপত্র যা

আপনি বা আপনার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা ব্যতীত অন্য কোনও ব্যক্তি আপনার পক্ষ থেকে সম্পূর্ণরূপে পরিশোধ করেছেন। আপনি আমাদের অনুরোধ করতে পারেন যে আমরা আপনার পরিবারের সদস্য, বন্ধুবান্ধব বা অন্য যে কোনও ব্যক্তির সাথে তথ্য ব্যবহার বা ভাগ করে নেব যাকে আপনি আমাদের জানান যে তিনি আপনার যত্নের সাথে জড়িত বা এর খরচ বহন করতে সাহায্য করেন।

আপনাকে অবশ্যই আপনার অনুরোধ লিখিতভাবে জমা দিতে হবে, এবং এটিতে স্বাক্ষর এবং তারিখ থাকতে হবে। আপনি যে তথ্য সীমাবদ্ধ করতে চান তা বর্ণনা করা উচিত এবং আমাদের বলা উচিত যে এই তথ্য কাদের গ্রহণ করা উচিত নয়। আপনাকে আপনার লিখিত অনুরোধ CountyCare Health Plan-এ জমা দিতে হবে, মনোযোগ দিন: Compliance, 1950 W. Polk St., Suite 9217, Chicago, IL 60612. আমরা আপনার অনুরোধের সাথে একমত কিনা তা আপনাকে জানাবো।

যদি আমরা সম্মত হই, তাহলে আমরা আপনার অনুরোধ অনুসরণ করব, যদি না জরুরি পরিস্থিতিতে আপনার চিকিৎসার জন্য তথ্যের প্রয়োজন হয়।

**আপনার নির্ধারিত রেকর্ড সেটের একটি কপি পাওয়ার অধিকার আপনার আছে।** আপনার সম্পর্কে আমাদের কাছে থাকা আপনার নির্ধারিত রেকর্ড সেটটি পড়ার বা তার একটি কপি পাওয়ার অধিকার আপনার আছে।

এই তথ্যের কপি দেখতে এবং পেতে, আপনাকে লিখিতভাবে একটি অনুরোধ করতে হবে। আমরা আপনার অনুরোধের ৩০ দিনের মধ্যে আপনার নির্ধারিত রেকর্ড সেটের একটি কপি বা সারসংক্ষেপ আপনাকে প্রদান করব। আপনি যদি আপনার নির্ধারিত রেকর্ড সেটের একটি অনুলিপি অনুরোধ করেন, তাহলে আমরা আপনার অনুরোধের সাথে সম্পর্কিত অনুলিপি, ডাকযোগে পাঠানো বা অন্যান্য কার্যকলাপের খরচের জন্য যুক্তিসঙ্গত ফি নিতে পারি।

**আপনার পরিবর্তনের অনুরোধ করার অধিকার আছে।** আপনার স্বাস্থ্য তথ্য, জনসংখ্যাতাত্ত্বিক তথ্য, অথবা পেমেন্ট রেকর্ড ভুল বা অসম্পূর্ণ মনে হলে, আপনি আমাদের তা পরিবর্তন করতে বলতে পারেন। আপনাকে অবশ্যই আমাদের একটি লিখিত অনুরোধ পাঠাতে হবে, এবং কেন আপনি পরিবর্তনটি চান তার কারণও উল্লেখ করতে হবে। পরিবর্তনটি করার জন্য আমাদের সম্মত হতে হবে না। যদি আমরা অনুরোধকৃত পরিবর্তনের সাথে একমত না হই, তাহলে 60 দিনের মধ্যে আমরা আপনাকে লিখিতভাবে কেন তা জানাব। আমাদের সাথে একমত না হলে আপনি আরেকটি অনুরোধ পাঠাতে পারেন। আপনি যে তথ্য পরিবর্তন বা সংশোধন করতে চান, তার সাথে আপনার এই অনুরোধ সংযুক্ত করা হবে।

**আপনার গোপনীয় যোগাযোগের অনুরোধ করার অধিকার আছে।** আপনি আমাদেরকে একটি নির্দিষ্ট উপায়ে (যেমন, বাসা বা অফিসের ফোন) যোগাযোগ করতে অথবা অন্য কোনও ঠিকানায় ডাক পাঠাতে বলতে পারেন। আমরা সকল যুক্তিসঙ্গত অনুরোধ বিবেচনা করব। আপনার অনুরোধ না মানলে আপনার বিপদ হবে বলে যদি আপনি বলেন, তাহলে আমাদের অবশ্যই রাজি হতে হবে।

**আপনার প্রকাশের হিসাব রাখার অধিকার আছে।** গত ছয় বছরে আমরা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কতবার ভাগ করে নিয়েছি তার একটি তালিকার জন্য আপনার লিখিত অনুরোধ করার অধিকার রয়েছে। তালিকাটিতে থাকবে আমরা কার সাথে এটি শেয়ার করেছি, কখন এটি শেয়ার করা হয়েছিল এবং কেন। চিকিৎসা, অর্থপ্রদান এবং স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম সম্পর্কিত তথ্য অথবা আপনি আমাদের যে কোনও তথ্য প্রকাশ করতে বলেছেন তা ছাড়া আমরা সমস্ত প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত করব। আমরা বছরে একটি হিসাব বিনামূল্যে প্রদান করব, তবে আপনি যদি ১২ মাসের মধ্যে আরেকটি চান, তাহলে আমরা একটি যুক্তিসঙ্গত ফি নেব। আপনার লিখিত অনুরোধে এই প্রকাশের জন্য একটি সময়কাল উল্লেখ

করতে হবে।

**এই বিজ্ঞপ্তির একটি কাগজের কপি পাওয়ার অধিকার আপনার আছে।** আপনার যেকোনো সময় এই নোটিশের একটি কাগজের কপি চাওয়ার অধিকার আছে। আমরা আপনাকে দ্রুত একটি সরবরাহ করব।

**আপনার পক্ষ থেকে কাজ করার জন্য কাউকে বেছে নেওয়ার অধিকার আপনার আছে।** যদি আপনি কাউকে মেডিকেল পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি দিয়ে থাকেন অথবা যদি কেউ আপনার আইনি অভিভাবক হন, তাহলে সেই ব্যক্তি আপনার অধিকার প্রয়োগ করতে পারেন এবং আপনার স্বাস্থ্য তথ্য সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। যদি আপনি আপনার পক্ষ থেকে কাজ করার জন্য কাউকে বেছে নিয়ে থাকেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই সেই ব্যক্তিকে ক্ষমতা প্রদানকারী নথির একটি কপি জমা দিতে হবে।

**প্রজনন স্বাস্থ্য তথ্য।** আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করে অন্যদের তদন্ত পরিচালনা বা সহায়তা করব না অথবা শুধুমাত্র আইনসম্মত প্রজনন স্বাস্থ্যসেবা চাওয়া, পাওয়া বা সহজতর করার জন্য আপনার উপর জরিমানা আরোপ করব না। যেসব ক্ষেত্রে আমরা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের জন্য অনুরোধ পাই, যা স্বাস্থ্য তদারকি কার্যক্রম, বিচারিক বা প্রশাসনিক কার্যক্রম, আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্য বা করোনার এবং মেডিকেল পরীক্ষকদের কাছে প্রকাশের জন্য প্রজনন স্বাস্থ্য তথ্য অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, আমরা অনুরোধকারীর কাছ থেকে একটি স্বাক্ষরিত প্রত্যয়নপত্র সংগ্রহ করব যেখানে উল্লেখ থাকবে যে তাদের অনুরোধ কোনো নিষিদ্ধ উদ্দেশ্যের জন্য নয়।

আমরা তাদের জানাবো যে আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের অনুপযুক্ত ব্যবহার এবং প্রকাশের ফলে ফৌজদারি শাস্তি হতে পারে।

**জেনেটিক তথ্য।** আমরা আপনাকে কভারেজ দেব কিনা বা সেই কভারেজের দাম নির্ধারণের জন্য জেনেটিক তথ্য ব্যবহার করার অনুমতি নেই।

**পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধি (Substance Use Disorder, SUD) চিকিৎসার তথ্য।** যদি আমরা 42 CFR পার্ট 2 (একটি "পার্ট 2 প্রোগ্রাম") দ্বারা আওতাভুক্ত SUD চিকিৎসা প্রোগ্রাম থেকে আপনার সম্পর্কে কোনও তথ্য পাই বা বজায় রাখি, তাহলে চিকিৎসা, অর্থপ্রদান বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রমের উদ্দেশ্যে পার্ট 2 তথ্য ব্যবহার এবং প্রকাশ করার জন্য আপনার দেওয়া সম্মতির মাধ্যমে, আমরা আপনার পার্ট 2 তথ্য একই উদ্দেশ্যে ব্যবহার এবং প্রকাশ করতে পারি। এটি স্বাস্থ্য বীমা ইনসিওরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) এর প্রয়োজনীয়তা এবং এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত ব্যবহার এবং প্রকাশের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ। যদি আমরা আপনার পার্ট 2 তথ্য আমাদের বা অন্য কোনও তৃতীয় পক্ষকে প্রদত্ত নির্দিষ্ট সম্মতির মাধ্যমে গ্রহণ করি বা বজায় রাখি, তাহলে আমরা আপনার পার্ট 2 তথ্য কেবলমাত্র আপনার সম্মতিতে অনুমোদিত হিসাবে ব্যবহার এবং প্রকাশ করব যেমনটি আমাদের দেওয়া হয়েছে।

কোনও অবস্থাতেই আমরা আপনার পার্ট 2 তথ্য, অথবা আপনার পার্ট 2 প্রোগ্রামের রেকর্ডে থাকা তথ্যের উপর সাক্ষ্য, কোনও ফেডারেল, রাজ্য বা স্থানীয় কর্তৃপক্ষের দেওয়ানি, ফৌজদারি, প্রশাসনিক বা আইনসভার কার্যধারায়, আপনার বিরুদ্ধে ব্যবহার বা প্রকাশ করব না, যদি না আপনার দ্বারা অনুমোদিত হয় অথবা আদালতের আদেশের নোটিশ দেওয়ার পরে আদালতের

আদেশ না থাকে।

**আমাদের বিপণনের জন্য আপনার তথ্যের ব্যবহার।** আপনার লিখিত অনুমতি না থাকলে, আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য বিপণনের উদ্দেশ্যে ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারি না।

**আপনার তথ্য বিক্রয়।** আপনার লিখিত অনুমতি না থাকলে আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য বিক্রি করতে পারি না।

## আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের অন্যান্য ব্যবহার এবং প্রকাশ

**সংবেদনশীল তথ্য।** কিছু ধরনের স্বাস্থ্য তথ্য খুবই সংবেদনশীল এবং অতিরিক্ত সুরক্ষার বিষয়। আইন অনুসারে এই তথ্য ভাগ করে নেওয়ার জন্য আমাদের আপনার লিখিত অনুমতি নিতে হতে পারে। সংবেদনশীল স্বাস্থ্য তথ্যের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে জেনেটিক পরীক্ষা; এইচআইভি/এইডস পরীক্ষা, রোগ নির্ণয় বা চিকিৎসা; মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অবস্থা; অ্যালকোহল ও মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার; যৌন নির্যাতন; অথবা ইন-ভিট্রো ফার্টাইলিজেশন। সাইকোথেরাপি নোট ব্যবহার এবং ভাগ করে নেওয়ার জন্যও আপনার অনুমতি প্রয়োজন।

## এই বিজ্ঞপ্তিতে পরিবর্তন

আমরা যেকোনো সময় আমাদের গোপনীয়তা নীতি, পদ্ধতি এবং এই বিজ্ঞপ্তি পরিবর্তন করতে পারি, এবং এই পরিবর্তনগুলি আপনার সম্পর্কে আমাদের কাছে থাকা সমস্ত তথ্যের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে। যদি আমরা এই বিজ্ঞপ্তি পরিবর্তন করি, তাহলে নতুন বিজ্ঞপ্তিটি আমাদের ওয়েবসাইটে পোস্ট করা হবে এবং আমরা আপনাকে একটি অনুলিপি ডাকযোগে পাঠাবো।

## যদি আমাকে কোন সমস্যা রিপোর্ট করতে হয়?

আপনি যদি অসন্তুষ্ট হন এবং কোনও সমস্যার কথা জানান, তাহলে আমরা আপনার অভিযোগ আপনার বিরুদ্ধে ব্যবহার করব না।

যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে CountyCare এই বিজ্ঞপ্তিতে আপনার গোপনীয়তার অধিকার লঙ্ঘন করেছে, তবে আপনি CountyCare অথবা মার্কিন স্বাস্থ্য ও মানব সেবা বিভাগের নাগরিক অধিকার অফিস-এ অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। আপনি এটি করতে পারেন নিম্নলিখিত ঠিকানায় একটি চিঠি পাঠিয়ে:

U.S. Department of Health and Human  
Services Office for Civil Rights  
200 Independence Ave. S.W.  
Washington, D.C. 20201

আপনি 877-696-6775 নম্বরে কল করতে পারেন, অথবা আপনি এখানে যেতে পারেন  
<https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> অভিযোগ দায়ের করতে।

আপনি Cook County Health কর্পোরেট কমপ্লায়েন্স অফিস (Office of Corporate Compliance) এবং/অথবা Cook County Health গোপনীয়তা আধিকারিক -এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন আপনার যেকোনো উদ্বেগ নিয়ে আলোচনা করার জন্য, নিচের তথ্য ব্যবহার করে:

Cook County Health & Hospitals System  
1950 W. Polk St., Suite 9217

Chicago, IL 60612

টেলিফোন: 1-877-476-1873

[compliance@cookcountyhhs.org](mailto:compliance@cookcountyhhs.org) সম্পর্কে