

## राज्य स्वास्थ्य लाभ कार्यक्रम

सदस्य प्राधिकार प्रपत्र  
रक्षित स्वास्थ्य सूचना की घोषणा और प्रयोग के लिए

सदस्य का नाम: \_\_\_\_\_ अंतिम \_\_\_\_\_ प्रथम \_\_\_\_\_ मध्य \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

दिन के समय का फोन नंबर: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ईमेल \_\_\_\_\_  
एरिया कोड

सदस्य की सामाजिक सुरक्षा संख्या: \_\_\_\_\_ जन्म तिथि : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
माह / दिन / वर्ष

इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके मैं राज्य स्वास्थ्य लाभ कार्यक्रम (SHBP) को अधिकृत करता/करती हूँ कि वह मेरी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी (वह सूचना जो स्वास्थ्य बीमा सुवाह्यता (पोर्टेबिलिटी) और उत्तरदायित्व अधिनियम (HIPAA), 1996 के प्रशासनिक सरलीकरण प्रावधानों के गोपनीयता नियमों में दी गई परिभाषा के अनुसार रक्षित स्वास्थ्य सूचना मानी जाती है) को निम्नलिखित प्रकार से उपयोग या प्रकट कर सकता है। एसएचबीपी (SHBP) इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने के मेरे निर्णय के कारण उपचार, भुगतान, स्वास्थ्य योजना में सम्मिलित होने या स्वास्थ्य रक्षा लाभ का पात्र बनने के संबंध में कोई शर्त नहीं रखेगा।

मैंने निम्नलिखित स्वास्थ्य सूचना के उपयोग/प्रकट करने के संबंध में अपनी इच्छा अभिलेखित करने के लिए इस दस्तावेज पर अपनी इच्छा से हस्ताक्षर किए हैं।

1. उन स्वास्थ्य सूचनाओं का विवरण जिनके उपयोग या प्रकट करने को मैं अधिकृत करता/ करती हूँ। जिन स्वास्थ्य सूचना के उपयोग और/ या प्रकट करने के लिए मैं अधिकृत करता/करती हूँ उनका विशेष विवरण नीचे दिया गया है:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. निवेदित उपयोग और/या प्रकट करने के प्रत्येक उद्देश्य का विवरण। मैं अधिकृत करता/ करती हूँ कि मेरी स्वास्थ्य सूचना का निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए उपयोग या प्रकटीकरण किया जा सकता है:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. वे व्यक्ति/संगठन जो मेरी स्वास्थ्य सूचनाओं को प्राप्त करने और/या उनका उपयोग करने के लिए अधिकृत हैं। मैं निम्नलिखित व्यक्तियों और/या संगठनों को अधिकृत करता/ करती हूँ कि वे एसएचबीपी (SHBP) से मेरी स्वास्थ्य सूचनाएं प्राप्त कर सकते हैं और उनका ऊपर दिए गए उद्देश्यों के लिए उपयोग या प्रकटीकरण कर सकते हैं। मैं समझता/समझती हूँ कि इस प्राधिकरण के बाद प्रकट स्वास्थ्य सूचनाएं संघीय गोपनीयता मानकों के अंतर्गत रक्षित नहीं रह जाएंगी और मेरे प्राधिकरण के बिना भी पुनः प्रकट की जा सकती हैं।

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **प्रतिसंहरण (रद्द करने) का अधिकार।** मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे इस प्राधिकरण को किसी भी समय रद्द करने का अधिकार है और यह भी इस प्राधिकरण को लिखित रूप में रद्द करना होगा। मैं समझता/समझती हूँ कि ऐसे किसी भी प्रतिसंहरण में मेरा नाम, पता, फोन नंबर, इस प्राधिकरण की तिथि और मेरे हस्ताक्षर होने चाहिए तथा मुझे इसे राज्य स्वास्थ्य लाभ कार्यक्रम – (HIPAA) गोपनीयता अधिकारी, न्यू जर्सी राज्य, कोष विभाग, पेंशन व लाभ प्रभाग, पी ओ बॉक्स 295, ट्रेनटन, एनजे 08625-0295 को भेजना होगा। मैं जानता/जानती हूँ कि मेरा प्रतिसंहरण मेरी उन स्वास्थ्य सूचनाओं के उपयोग और/या प्रकटीकरण करने पर प्रभावी नहीं होगा जिनका इस प्राधिकरण के आधार पर पहले ही उपयोग/प्रकटीकरण किया जा चुका होगा।

5. **प्राधिकरण की समाप्ति।** यह प्राधिकरण (निम्नलिखित में से एक को चिह्नित करें और पूरा करें):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ को समाप्त हो जाएगा।  
माह / दिन / वर्ष

निम्नलिखित में से किसी घटना के घटने पर या मेरे इस प्राधिकरण को रद्द कर देने पर समाप्त हो जाएगा।

#### सदस्य के हस्ताक्षर

मुझे इस प्रपत्र की समीक्षा करने और इसकी विषय-वस्तु को समझने का अवसर दिया गया है। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि यह मेरी इच्छाओं को सही प्रकार से अभिव्यक्त करता है।

\_\_\_\_\_ सदस्य के हस्ताक्षर

दिनांक : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
माह / दिन / वर्ष

*यदि किसी निजी प्रतिनिधि ने हस्ताक्षर किए हैं, तो कृपया इसे पूरा करें:*

निजी प्रतिनिधि का नाम: \_\_\_\_\_

सदस्य से संबंध या प्राधिकरण की प्रकृति: \_\_\_\_\_

(उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य रक्षा मुख्तारनामा, अभिभावक, अन्य विधिक प्राधिकरण – दस्तावेज़ की एक प्रति अवश्य संलग्न करें)

पता: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

दिन के समय का फोन नंबर: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ईमेल : \_\_\_\_\_  
एरिया कोड

\_\_\_\_\_ निजी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

दिनांक: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
माह / दिन / वर्ष