



Authorization to Disclose or Request Protected Health Information

(HIPAA Compliant Authorization Form)

اردو/Urdu

صحت کی محفوظ معلومات
طلب کرنے یا افشا کرنے کا اجازت نامہ
(HIPAA کے حسب ہدایت اجازت نامہ)

I, _____
Name of Patient (Please Print) Patient's Date of Birth (mm/dd/yy) Patient's Phone Number

_____ میں
مریض کا نام (برائے مہربانی جلی حروف میں لکھیں) مریض کی تاریخ پیدائش (ماہ/یوم/سال) مریض کا فون نمبر

of _____
Patient's Address

_____ ساکن
مریض کا پتہ

hereby authorize the following Service Provider:

County Agency/Program/Office: _____

Address: _____

اس تحریر کے ذریعے مندرجہ ذیل سروس پرووائڈر کو اختیار دیتا ہوں :
کاؤنٹی ایجنسی/پروگرام/آفس:

_____ پتہ:

1. To disclose individually identifiable health information to and/or receive information on my behalf from:

_____ or his/her designee _____
Supervisor/County Official Name

1. کہ وہ انفرادی طور قابل شناخت صحت کی معلومات ظاہر کرے اور/یا میری جانب سے معلومات موصول کرے، از:

_____ اور/یا ان کے نامزد کئے گئے نام
نام سپروائزر/کاؤنٹی آفیشل

2. The following specific information is authorized: _____

2. مندرجہ ذیل مخصوص معلومات کا اختیار دیا جاتا ہے: _____

3. This authorization is in effect for the period of time from _____ to _____
(Date or Event) (Date or Event)

3. یہ اجازت نامہ قابل عمل ہے از تاریخ _____ تا _____
تاریخ واقعہ تاریخ واقعہ

4. This authorization allows the indicated service provider to share the specified information for:

- A single use or disclosure available at the time of authorization
 On-going use or disclosure for the time period identified in Item 3

4. یہ اجازت نامہ مذکورہ سروس پرووائڈر کو مندرجہ اغراض کے لیے معلومات فراہم کرنے کا اختیار دیتا ہے:

- اجازت نامہ دینے کے وقت واحد استعمال یا افشا
 ایٹم نمبر تین میں درج مدت کے دوران مسلسل استعمال یا افشا

5. The information will be used/disclosed for the following purpose(s): _____

5. یہ معلومات مندرجہ ذیل مقاصد کے لیے استعمال یا افشا کی جائیں گی: _____

6. The source records for information disclosure:

ARE protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2) because the records contain information on prior, current, or planned substance abuse treatment. If these records are protected by regulation 42 CFR Part 2, I understand the recipient is prohibited from making any further disclosure of this information unless expressly permitted by my written authorization, except as otherwise permitted within the regulation. 42 CFR Part 2 also restricts any use of this information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

ARE NOT protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2). If these records are not protected by 42 CFR Part 2, I understand the Federal Privacy Rule (45 CFR Part 160 and 164, HIPAA) requires I be advised that information used or disclosed based on this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected by Federal HIPAA regulations.

6. اس اظہار معلومات کے مآخذ ریکارڈ:

کانفیڈنشلٹی آف الکحل اینڈ ڈرگ ایبوز پیشنٹ ریکارڈز (42 CFR Part 2) کی رو سے محفوظ ہیں، کیونکہ ان کا تعلق منشیات کے غلط استعمال کے سابقہ، روان، یا متوقع علاج سے ہے۔ اگر یہ ریکارڈز 42 CFR Part 2 کی رو سے محفوظ ہیں تو میں اس کا مطلب یہ سمجھتا ہوں کہ وصول کنندہ کے لیے ان کے کسی مزید افشا کی ممانعت ہے جب تک میری واضح تحریری اجازت نہ ہو، الا کہ ضوابط میں ایسی کوئی اجازت موجود ہو۔ 42 CFR Part 2 ان معلومات کو کسی الکحل یا منشیات کی مریض کی مجرمانہ تفتیش اور تعزیر سے بھی منع کرتا ہے۔

کانفیڈنشلٹی آف الکحل اینڈ ڈرگ ایبوز پیشنٹ ریکارڈز (42 CFR Part 2) کی رو سے محفوظ نہیں ہیں، اگر یہ ریکارڈز 42 CFR Part 2 کی رو سے محفوظ نہیں ہیں تو میں سمجھتا ہوں کہ فیڈرل پرائیویسی رول (45 CFR Part 160 and 164, HIPAA) کا تقاضا ہے کہ مجھے مطلع کیا جانا چاہیے کہ اس اجازت نامے کی رو سے استعمال یا افشا کی جانے والی معلومات مزید افشا ہو سکتی ہیں۔ اور یہ فیڈرل HIPAA ضوابط کے تحت نہیں ہیں۔

7. I understand that:

7. میں سمجھتا ہوں کہ:

- Service providers using or disclosing information based on this authorization are to share the minimum necessary amount of the specified information to accomplish the purpose of the disclosure identified in Item 5.
- اس اجازت نامے کے تحت جن مخصوص معلومات کے استعمال یا افشا کا اختیار دیا گیا ہے، سروس پرووائڈر ان کو ایٹم نمبر 5 میں دیے گئے مقاصد حاصل کرنے کے لیے قلیل لازمی مقدار میں ظاہر کریں گے۔
- Fairfax County will not condition the provision of services related to treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my decision to sign this authorization.
- فیئر فیکس کاؤنٹی علاج، ادائیگی، اندراج، یا مفادات حاصل ہونے کی صلاحیت سے وابستہ مجھے ملنے والی خدمات کو اس اجازت نامے پر میرے دستخط کرنے یا نہ کرنے کے فیصلے کے ساتھ مشروط نہیں کرے گی۔
- I may revoke (or cancel) this authorization at any time by submitting a written statement of revocation to the service provider whose address is provided above, except to the extent that the identified service provider already has taken action based on this authorization.
- میں سروس پرووائڈر کو، جس کا پتا اوپر درج ہے، تحریری بیان پیش کر کے کسی بھی وقت اس اجازت نامے کو منسوخ (یا رد) کر سکتا ہوں سوائے اس حصے کے جس پر مذکورہ سروس پرووائڈر نے اس اجازت نامے کی بنیاد پر عمل کیا ہو۔
- I have a right to request and receive a Notice of Privacy Practices from Fairfax County.
- مجھے فیئر فیکس کاؤنٹی سے نوٹس آف پرائیویسی پریکٹسز طلب کرنے اور حاصل کرنے کا حق ہے۔
- The information to be released has been fully explained to me and this authorization is given of my own free will.
- مجھے پوری طرح سمجھایا گیا ہے کہ کون سی معلومات افشا کی جائیں گی۔ اور یہ اجازت نامے میں نے آزادانہ ارادے سے دیا ہے۔

8. Please send or communicate the authorized information to the following address, phone number or fax number:

8. برائے مہربانی مجاز معلومات مندرجہ ذیل پتے، فون نمبر یا فیکس نمبر کو بھیج دیں یا بہم پہنچادیں۔

Resident of Fairfax County Signature: _____ Date: _____

تاریخ: _____ فیئر فیکس کاؤنٹی کے باشندے کے دستخط:

Relationship to patient: Self Parent of Minor Child Guardian Legally Authorized Representative

مریض کے ساتھ رشتہ: بذات خود نابالغ بچے کے والد سرپرست قانونی مجاز نمائندہ