গোপনীয়তা অনুশীলন সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (Bengali)

A. **এই বিজ্ঞপ্তিটি কীভাবে আপনার সাথে সম্পর্কিত চিকিৎসাগত তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করা হবে এবং কীভাবে আপনি এই তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারেন তার বিবরণ দেয়। অনুগ্রহ করে এটি মনোযোগ সহকারে পর্যালোচনা করুন।** গোপনীয়তা অনুশীলন সংক্রান্ত এই বিজ্ঞপ্তিটি (বিজ্ঞপ্তি) নিম্নলিখিত স্থানগুলি থেকে আপনার পাওয়া পরিচর্যা সম্পর্কে সমস্ত তথ্যের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য:

- University of Michigan Health ব্যবস্থা (University of Michigan Health System, UMHS) যার মধ্যে আমাদের হাসপাতাল, ডাক্তার, হোম হেলথ পরিষেবা, ফার্মেসি পরিষেবা, ল্যাবরেটরি পরিষেবাগুলি, এবং এগুলির সাথে সম্পর্কিত অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা অন্তর্ভুক্ত
- University of Michigan কিছু অংশ যেগুলি স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা (UM প্রদানকারী) প্রদান করে যেমন বিশ্ববিদ্যালয়ের স্বাস্থ্য পরিষেবা (University Health Service), University of Michigan দন্তচিকিৎসার স্কুল (University of Michigan School of Dentistry), ইত্যাদি।
- UMHS ও এর সংগঠিত স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থাপনা যেখানে UMHS আপনার পরিচর্যার মান উন্নত করতে সাহায্য করায় স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সাথে একযোগে কাজ করে এমন এক সংগঠিত স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থাপনার অংশ হিসেবে গুণমানের উন্নতিসাধন ও মূল্যায়ন ক্রিয়াকলাপে অংশগ্রহণ করে। বর্তমানে UMHS অংশগ্রহণ করে এমন সংগঠিত স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থাপনার উদাহরণগুলি এখানে উপলভ্যআছে http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha

উপরের বিবরণের সাথে অতিরিক্তভাবে, এই বিজ্ঞপ্তিটি University of Michigan অন্যান্য সেই সমস্ত অংশগুলির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য যেগুলি UMHS ও UM স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের স্বাস্থ্যসেবার ক্রিয়াকলাপে সহায়তা করে। এইসমস্ত সত্তাগুলি এই বিজ্ঞপ্তিতে থাকা বিবরণ অনুসারে চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবার কার্যকলাপের জন্য আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার ও শেয়ার করতে পারে।

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. This Notice of Privacy Practices (Notice) applies to all information about care that you receive from the following:

- University of Michigan Health System (UMHS) which includes our hospitals, doctors, home health services, pharmacy services, laboratory services, and other related health care providers
- Portions of the University of Michigan that provide health care services (UM Providers) such as University Health Service, the University of Michigan School of Dentistry, etc.
- UMHS and its organized health care arrangements where the UMHS participates in quality improvement and assessment activities as part of an organized health care arrangement where the providers work jointly to help improve the quality of your care. Examples of current Organized Health Care Arrangements in which the UMHS participates are available at http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha

In addition to the above, this Notice applies to other portions of the University of Michigan that support the health care activities of UMHS and the UM providers. All of these entities may use and share your health information for treatment, payment or health care operations as described in this Notice.

B. **আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য (Protected Health Information, PHI) রক্ষা করা আমাদের কাছে আবশ্যক।**
আমরা “সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য” বা “PHI” নামে পরিচিত, আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করতে প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। PHI হল আপনার অতীত, বর্তমান, বা ভবিষ্যতের স্বাস্থ্য বা অবস্থা, আপনার জন্য থাকা স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা, অথবা আপনাকে প্রদান করা স্বাস্থ্যসেবার জন্য পেমেন্ট সম্পর্কে আমাদের তৈরী করা বা পাওয়া তথ্য যেগুলি আপনাকে শনাক্ত করতে ব্যবহার করা যেতে পারে। আমাদের গোপনীয়তার অনুশীলনগুলি এবং কীভাবে, কখন, ও কেন আমরা আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করি তা ব্যাখ্যা করতে আপনাকে এই বিজ্ঞপ্তিটি প্রদান করা আমাদের কাছে আবশ্যক। সাধারণভাবে, আমরা আপনার PHI হয়তো ততটাই ব্যবহার বা প্রকাশ করব যতটা সেই ব্যবহার বা প্রকাশের উদ্দেশ্য সাধন করতে প্রয়োজনীয়, যদিও এর কিছু ব্যতিক্রম আছে। এই বিজ্ঞপ্তিতে বিবৃত গোপনীয়তা অনুশীলনগুলি মেনে চলা এবং আপনার অসুরক্ষিত PHI লঙ্ঘন করা হলে তার পরে আপনাকে জানানো আমাদের কাছে আইনত আবশ্যক।

WE ARE REQUIRED TO SAFEGUARD YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI).
We are committed to protecting the privacy of your health information, called “protected health information” or “PHI”. PHI is information that can be used to identify you that we have created or received about your past, present, or future health or condition, the provision of health care to you, or payment for health care provided to you. We are required to provide you with this notice to explain our privacy practices and how, when, and why we use and disclose your PHI. In general, we may not use or disclose any more of your PHI than is necessary to accomplish the purpose of the use or disclosure, although there are some exceptions. We are legally required to follow the privacy practices described in this notice and notify you following a breach of your unsecured PHI.

C. **কীভাবে আমরা আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করি।** আমরা বিভিন্ন কারণে PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করি, এবং কয়েকটির জন্য আপনার নির্দিষ্ট অগ্রিম অনুমোদন প্রয়োজন। আমাদের ব্যবহার ও প্রকাশগুলির ভিন্ন ভিন্ন শ্রেণীগুলি প্রতিটির উদাহরণের সাথে নীচে বিবৃত করা হয়েছে।
HOW WE USE AND DISCLOSE YOUR PHI. We use and disclose PHI for different reasons, and some require your prior specific authorization. The different categories of our uses and disclosures are described below, with examples of each.

1. **চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবার কার্যকলাপ সংক্রান্ত ব্যবহার ও প্রকাশ, আপনার সম্মতির প্রয়োজন নেই।**
   1.1. চিকিৎসার জন্য আমরা আপনার PHI হয়তো আপনাকে স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা প্রদানকারী অথবা আপনার পরিচর্যার সাথে জড়িত ডাক্তার, নার্স, মেডিকেল শিক্ষার্থী এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের সাথে ব্যবহার করতে ও তাদের কাছে প্রকাশ করতে পারি। উদাহরণস্বরূপ, হাঁটুর কোনো আঘাতের জন্য আপনার চিকিৎসা করা হলে, আমরা আপনার পরিচর্যার সাথে সমন্বয় করতে আপনার PHI ফিজিক্যাল থেরাপি প্রদানকারীর কাছে প্রকাশ করতে পারি।
   1.2. পেমেন্ট পাওয়ার জন্য আমরা আপনাকে প্রদান করা স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলির জন্য বিল করতে ও পেমেন্ট সংগ্রহ করতে আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করতে পারি। উদাহরণস্বরূপ, আমাদের বিল্ডিং বিভাগ আপনার PHI-এর কিছু তথ্য হয়তো ব্যবহার করতে এবং সেগুলি পেমেন্টের জন্য আপনার হেলথ প্ল্যানের কাছে প্রকাশ করতে পারে।
   1.3. স্বাস্থ্যসেবার কার্যকলাপের জন্য আমরা আমাদের হাসপাতাল, ক্লিনিক ও অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা কেন্দ্রগুলিতে অপারেট করতে আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করতে পারি। উদাহরণস্বরূপ, আমরা হয়তো আপনাকে প্রদান করা পরিচর্যা পর্যালোচনা করতে অথবা আপনার পরিচর্যায় জড়িত স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার ও প্রক্রিয়াগুলির পারফরম্যান্স মূল্যায়ন করতে আপনার PHI ব্যবহার করতে পারি। আমরা University of Michigan ইউনিট এবং আমাদের স্বাস্থ্যসেবার কাজকর্মে সহায়তা করা আমাদের ব্যবসায়িক সহকর্মীরা যেমন আমাদের অ্যাকাউন্ট্যান্ট, আইনজীবী, পরামর্শদাতা ও অন্যান্য কোম্পানিগুলিকে আপনার PHI প্রদান করতে পারি। অন্যান্য উদাহরণগুলির মধ্যে শিক্ষামূলক প্রোগ্রাম, অভ্যন্তরীণ অভিযোগের সমাধান, ব্যবসার পরিকল্পনা, উন্নয়ন ও পরিচালনা, ডেটা ও তথ্য ব্যবস্থা পরিচালনা, এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সাথে সমন্বয়সাধন সহ প্রশাসনিক ক্রিয়াকলাপ অন্তর্ভুক্ত।
   Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment or Health Care Operations Do Not Require Your Consent.
   1.1. For Treatment. We may use and disclose your PHI to physicians, nurses, medical students and other health care personnel who provide health care services to you or who are involved in your care. For example, if you are treated for a knee injury, we may disclose your PHI to the physical therapy provider to coordinate your care.
   1.2. To Obtain Payment. We may use and disclose your PHI to bill and collect payment for the health care services provided to you. For example, our billing department may use some of your PHI and disclose it to your health plan for payment.
   1.3. For Health Care Operations. We may use and disclose your PHI to operate our hospitals, clinics and other health care service facilities. For example, we may use your PHI to review the care provided to you or to evaluate the performance of the health care professionals and processes involved in your care. We may also provide your PHI to University of Michigan units and our business associates that support our health care operations, such as our accountants, attorneys, consultants and other companies. Other examples include educational programs, resolution of internal grievances, business planning, development and management, administrative activities, including data and information systems management, and consolidations with other providers.
2. **অন্যান্য নির্দিষ্ট কিছু ব্যবহার ও প্রকাশ যেগুলিতে আপনার সম্মতির প্রয়োজন নেই।** আমরা নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকাশও করতে পারি:
   2.1. ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় আইন, বিচারবিভাগ বা প্রশাসনিক কার্যধারা, অথবা আইন বলবৎকারী কর্তৃক প্রকাশ করা প্রয়োজনীয় হলে। উদাহরণস্বরূপ, যখন আইন অনুযায়ী নির্যাতন, অবহেলা বা গার্হস্থ্য সহিংসতা (ডোমেস্টিক ভায়োলেন্স) সম্পর্কে সরকারী এজেন্সি ও আইন বলবতকারী কর্মীদের কাছে আমাদের তথ্য জানানো আবশ্যক হলে, যখন বন্দুকের গুলিতে ও অন্যান্য আঘাতের বিষয়ে, অথবা বিচারবিভাগীয় বা প্রশাসনিক কার্যধারার আদেশ দেওয়া হলে আমরা তথ্য প্রকাশ করি।
   2.2. জনস্বাস্থ্য ক্রিয়াকলাপের জন্য উদাহরণস্বরূপ, জন্ম, মৃত্যু, ও নির্দিষ্ট রোগ ও সংক্রমণ সংক্রান্ত নির্দিষ্ট তথ্য সংগ্রহ করার ভারপ্রাপ্ত সরকারী আধিকারিকের কাছে আমাদের অবশ্যই রিপোর্ট করতে হবে। এছাড়া, আমরা কোনো ব্যক্তির মৃত্যু সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় তথ্য করোনার, মেডিকেল পরীক্ষক ও ফিউনারেল ডিরেক্টরকেও প্রদান করি। সেইসাথে, মিশিগান আইনের অধীনে HIV/AIDS ও ক্যান্সারের মতো নির্দিষ্ট অবস্থা থাকা রোগীদের সম্পর্কে তথ্য আমাদের সেন্ট্রাল রেজিস্ট্রির কাছে রিপোর্ট করা আবশ্যক; আমাদের টিকাদান সম্পর্কে তথ্যও রিপোর্ট করা আবশ্যক। যখন তথ্যটি তাদের গুণমান, নিরাপত্তা, বা কার্যকারিতা সংক্রান্ত হয়, তখন ওষুধ, জীবতাত্ত্বিক, এবং

ফেডারেল খাদ্য ও ওষুধ প্রশাসন (Food and Drug Administration) নিয়ন্ত্রিত অন্যান্য পণ্য প্রস্তুতকারকদের কাছেও PHI প্রকাশ করতে পারি। PHI সংক্রামক রোগের প্রতি প্রকাশিত হওয়া নির্দিষ্ট লোকজন এবং অকুপেশনাল স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা সম্পর্কিত অথবা কর্মীর ক্ষতিপূরণ বিষয়ের সাথে সম্পর্কিত কর্মচারীদের কাছেও প্রকাশ করতে পারি।

2.3. স্বাস্থ্য তদারকির ক্রিয়াকলাপ উদাহরণস্বরূপ, আমরা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বা সংস্থার কোনো তদন্ত বা নিরীক্ষণ পরিচালনা করতে সরকারী আধিকারিকদের কাছে তথ্য প্রদান করব।

2.4. অঙ্গ দান করার উদ্দেশ্যগুলির জন্য আমরা অঙ্গ ক্রয় সংস্থাগুলিকে অঙ্গ, চোখ বা কোষ-কলা দান ও প্রতিস্থাপনে তাদের সহায়তা করতে তথ্য প্রদান করতে পারি।

2.5. গবেষণার উদ্দেশ্যের জন্য নির্দিষ্ট কিছু ক্ষেত্রে, আমরা গবেষণা পরিচালনা করতে PHI ব্যবহার বা প্রদান করতে পারি। এই গবেষণাটি সাধারণত কোনো প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ডের তদারকি সাপেক্ষ। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, PHI কোনো গবেষণা প্রজেক্ট প্রস্তুতিতে সাহায্য করতে অথবা আপনি কোনো অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করতে চান কিনা তা জিজ্ঞাসা করতে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে হয়তো ব্যবহার করা হলেও, আপনার অনুমোদন ছাড়া গবেষণার জন্য অধিকতরভাবে প্রকাশ করা হবে না। তবে, যেখানে ফেডারেল আইন, প্রাতিষ্ঠানিক নীতির অধীনে অনুমতি প্রদত্ত এবং কোনো প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ড বা গোপনীয়তা বোর্ডের অনুদিত, সেক্ষেত্রে PHI অধিকতরভাবে ব্যবহার বা প্রকাশ করা হতে পারে। সেইসাথে, PHI হয়তো আপনার নাম, ঠিকানা বা অন্যান্য প্রত্যক্ষ শনাক্তকারীগুলি অন্তর্ভুক্ত না করা "সিমিম্ত বা অ- শনাক্তকৃত ডেটা সেট" হিসেবে গবেষণার জন্য ব্যবহার বা প্রকাশ করা হতে পারে।

2.6. ক্ষতি এড়াতে কোনো ব্যক্তি বা জনগণের স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার প্রতি গুরুতর হুমকি এড়াতে, আমরা সম্ভাব্য ক্ষতি প্রতিরোধ বা কম করতে সক্ষম হতে আইন বলবৎকারী কর্মী বা ব্যক্তিদের কাছে PHI প্রদান করতে পারি।

2.7. নির্দিষ্ট সরকারী কার্যকলাপের জন্য আমরা হয়তো নির্দিষ্ট পরিস্থিতিগুলিতে সামরিক কর্মী ও অবসরপ্রাপ্ত সেনাদের PHI প্রকাশ করতে পারি। আমরা জাতীয় নিরাপত্তাজনিত উদ্দেশ্যগুলির যেমন, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের প্রেসিডেন্টকে রক্ষা করা অথবা ইন্টেলিজেন্সের কাজকর্ম পরিচালনা করার জন্যও PHI প্রকাশ করতে পারি।

2.8. কর্মীদের ক্ষতিপূরণের উদ্দেশ্যগুলির জন্য আমরা কর্মীদের ক্ষতিপূরণ আইন মেনে চলতে PHI প্রদান করতে পারি।

2.9. অ্যাপয়েন্টমেন্টগুলি মনে করিয়ে দিতে এবং স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত সুবিধা বা পরিষেবা প্রদান করতে আমরা অ্যাপয়েন্টমেন্টগুলি মনে করিয়ে দিতে PHI ব্যবহার করতে পারি। আমরা হয়তো আপনাকে আমাদের প্রদান করা চিকিৎসার বিকল্প, অথবা অন্যান্য স্বস্থ্যসেবা পরিষেবা বা সুবিধাগুলি সম্পর্কেও তথ্য দিতে পারি।

2.10. তহবিল সংগ্রহেরকাজের জন্য আমরা হয়তো আমাদের সংস্থার জন্য তহবিলের সংগ্রহ করতে PHI ব্যবহার করতে পারি। আপনার টাকা তোলা সংক্রান্ত যোগাযোগ না পাওয়ার বিকল্প বেছে নেওয়ার অধিকার আছে।

Certain Other Uses and Disclosures That Do Not Require Your Consent. We may also use and disclose your PHI:

2.1. When disclosure is required by federal, state or local law, judicial or administrative proceedings, or law enforcement. For example, we make disclosures when a law requires that we report information to government agencies and law enforcement personnel about victims of abuse, neglect or domestic violence, when dealing with gunshot and other wounds, or when ordered in a judicial or administrative proceeding.

2.2. For public health activities. For example, we must report to government officials in charge of collecting specific information related to births, deaths, and certain diseases and infections. Also, we provide coroners, medical examiners and funeral directors necessary information relating to an individual's death. Additionally, under Michigan law we are required to report information about patients with certain conditions, such as HIV/AIDS and cancer, to central registries; we also are required to report information about immunizations. We also may disclose PHI to manufacturers of drugs, biologics, devices, and other products regulated by the federal Food and Drug Administration when the information is related to their quality, safety, or effectiveness. PHI also may be disclosed to certain people exposed to communicable diseases and to employers in connection with occupational health and safety or worker's compensation matters.

2.3. For health oversight activities. For example, we will provide information to government officials to conduct an investigation or inspection of a health care provider or organization.

2.4. For purposes of organ donation. We may provide information to organ procurement organizations to assist them in organ, eye or tissue donation and transplants.

2.5. For research purposes. In certain circumstances, we may use or provide PHI to conduct research. This research generally is subject to oversight by an institutional review board. In most cases, while PHI may be used to help prepare a research project or to contact you to ask whether you want to participate in a study, it will not be further disclosed for research without your authorization. However, where permitted under federal law, institutional policy and approved by an institutional review board or a privacy board, PHI may be further used or disclosed. In addition, PHI may be used or disclosed for research as "limited or de-identified data sets" which do not include your name, address or other direct identifiers.

2.6. To avoid harm. To avoid a serious threat to the health or safety of a person or the public, we may provide PHI to law enforcement personnel or persons able to prevent or lessen the potential harm.

2.7. For specific government functions. We may disclose the PHI of military personnel and veterans in certain situations. We also may disclose PHI for national security purposes, such as protecting the president of the United States or conducting intelligence operations.

2.8. For workers' compensation purposes. We may provide PHI to comply with workers' compensation laws.

2.9. To provide appointment reminders and health-related benefits or services. We may use PHI to provide appointment reminders. We may also give you information about treatment alternatives, or other health care services or benefits we provide.

2.10. For fundraising activities. We may use PHI to raise funds for our organization. You have the right to opt out of receiving fundraising communications.

3. **যেসমস্ত ব্যবহার ও প্রকাশগুলিতে আপনার আপত্তি জানানোর সুযোগ রয়েছে।**

3.1. রোগীর ডিরেক্টরি। আমরা কোনো যাজক ও আপনার নাম করে আপনার খোঁজ করা অন্যদের ব্যবহারের জন্য আমাদের রোগীর নির্দেশনায় UMHS-এর কেন্দ্রের অবস্থান, এবং ধর্মীয় অনুষঙ্গ (যদি থাকে)-এতে আপনার নাম, সাধারণ অবস্থা, অন্তর্ভুক্ত করতে পারি, যদি না আপনি আমাদের কেন্দ্রে ভর্তি হওয়ার সময় সম্পূর্ণরূপে বা আংশিকভাবে আপত্তি না জানান।

3.2. পরিবার, বন্ধুবান্ধব, বা অন্যদের কাছে প্রকাশ করা। আমরা হয়তো আপনার পরিচর্যার সাথে জড়িত অথবা আপনার স্বাস্থ্যসেবার জন্য পেমেন্ট করার জন্য দায়ী পরিবারের কোনো সদস্য, বন্ধু বা অন্য ব্যক্তিদের কাছে আপনার PHI প্রদান করতে পারি, যদি না আপনি সম্পূর্ণরূপে বা আংশিকভাবে আপত্তি না জানান।

3.3. স্বাস্থ্য তথ্য এক্সচেঞ্জগুলি। আমরা স্বাস্থ্য তথ্য এক্সচেঞ্জগুলি (health information exchanges, HIE)-এর মাধ্যমে অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, হেলথ প্ল্যান ও স্বাস্থ্যসেবা ক্লিয়ারিংহাউসগুলির কাছে আপনার PHI ইলেক্ট্রনিকভাবে উপলভ্য করতে পারি। HIE গুলিতে অংশগ্রহণ করলে তা আমাদের আপনার সম্পর্কে তাদের তথ্যও দেখতে দেয় যা আপনার পরিচর্যা করতে আমাদের সাহায্য করে। এই বিজ্ঞপ্তির শেষে তালিকাবদ্ধ ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করে এই ধরনের প্রচেষ্টায় অংশগ্রহণ করা থেকে বেরিয়ে আসার অধিকার আপনার আছে।

Uses and Disclosures to Which You Have an Opportunity to Object.

3.1. Patient directories. We may include your name, general condition, location in a UMHS facility, and religious affiliation (if any) in our patient directory for use by clergy and others who ask for you by name, unless you object in whole or in part when you are admitted to our facilities.

3.2. Disclosure to family, friends, or others. We may provide your PHI to a family member, friend or other persons who are involved in your care or responsible for the payment for your health care, unless you object in whole or in part.

3.3. Health Information Exchanges. We may make your PHI available electronically through health information exchanges (HIEs) to other health care providers, health plans and health care clearinghouses. Participation in HIEs also lets us see their information about you which helps us provide care to you. You have the right to opt out of participating in such efforts by contacting the person listed at the end of this notice.

4. **প্রযোজ্য মিশিগান আইন** আমাদের PHI-এর ব্যবহার ও প্রকাশকে শুধুমাত্র ফেডারেল গোপনীয় বিধানই নয় এমনকি প্রযোজ্য ফেডারেল ও মিশিগানের আইনও মেনে চলতে হবে। মিশিগান আইন এবং/অথবা ফেডারেল বিধানগুলি মানসিক স্বস্থ্য, মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার, HIV/AIDS-এর অবস্থা, ও নির্দিষ্ট জেনেটিক তথ্যের জন্য PHI-এর ব্যবহার ও প্রকাশে নির্দিষ্ট অতিরিক্ত সীমাবদ্ধতা আরোপ করে। কিছু ক্ষেত্রে, আপনার নির্দিষ্ট অনুমোদনের প্রয়োজন হতে পারে।

Applicable Michigan Law. Our use and disclosure of PHI must comply not only with federal privacy regulations but also with applicable Federal and Michigan law. Michigan law and/or Federal Regulations place certain additional restrictions on the use and disclosure of PHI for mental health, substance abuse, HIV/AIDS conditions, and certain genetic information. In some instances, your specific authorization may be required.

5. **অন্যান্য সমস্ত ব্যবহার এবং প্রকাশের জন্য আপনার পূর্বে লিখিত অনুমোদন প্রয়োজন।** এই বিজ্ঞপ্তিতে আওতায় না থাকা পরিস্থিতিগুলিতে, সাইকোথেরাপির নোট (আমরা রেকর্ড করলে বা বজায় রাখলে), 3য় পক্ষের পণ্য বা পরিষেবার আর্থিকভাবে-সমর্থিত বিপণন, এবং আইন অনুযায়ী অন্যথায় নির্দিষ্ট না করা থাকলে, PHI বিক্রির বেশিরভাগ ব্যবহার ও প্রকাশগুলি সহ আপনার PHI ব্যবহার বা প্রকাশ করার আগে আপনার লিখিত অনুমোদন প্রয়োজন। আপনার অনুমোদন সবসময় লিখিতভাবে খারিজ করা যেতে পারে (কিন্তু তা আপনার প্রারম্ভিক অনুমোদনের ভিত্তিতে করার পূর্বের প্রকাশগুলির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না)।

All Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization. In situations that are not covered by this Notice, your written authorization is needed before using or disclosing your PHI, including most uses and disclosures of psychotherapy notes (if recorded or maintained by us), financially-supported marketing of 3rd party products or services, and the sale of PHI, unless otherwise specified by law. Your authorization can always be revoked in writing (but it would not apply to prior disclosures made based on your initial authorization).

D. আপনার PHI সংক্রান্ত আপনার অধিকারগুলি। আপনার PHI সংক্রান্ত নিম্নলিখিত অধিকারগুলি আপনার আছে:
YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI. You have the following rights with respect to your PHI:

1. **আপনার PHI-এর ব্যবহার ও প্রকাশ সীমাবদ্ধ করার অধিকার।** চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবার কাজকর্মের জন্য আমরা কীভাবে আপনার PHI ব্যবহার ও প্রকাশ করব তা আমাদের সীমিত করতে বলার অধিকার আপনার আছে। এই অনুরোধটি লিখিতভাবে হতে হবে। আমাদের কাছে আপনার সীমাবদ্ধকরার অনুরোধে আমাদের সম্মত হওয়া আবশ্যক নয়, কিন্তু আমরা সম্মত হলে, আমরা কোনো আপৎকালীন পরিস্থিতিতে অথবা আমাদের আইনত বা অনুমোদিতভাবে ব্যবহার বা প্রকাশ করার প্রয়োজনীয়তা হলে সেক্ষেত্রগুলি ব্যতীত আমাদের চুক্তির সম্মান করব। তবে, প্রকাশটি পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবার কাজকর্মের জন্য হলে ও অন্যথায় আইন অনুযায়ী প্রয়োজনীয় না হলে, এবং আপনার PHI শুধুমাত্র সেই সংক্রান্ত হলে কোনো স্বাস্থ্যসেবা আইটেম বা পরিষেবা যার জন্য আপনি পুরো টাকা দিয়ে থাকলে বা নিজের পকেট থেকে খরচা করলে, কোনো হেলথ প্ল্যানের কাছে আপনার PHI-এর প্রকাশ সীমাবদ্ধ করতে আমাদের একটি লিখিত অনুরোধে সম্মত হতে হবে। এছাড়া, আপনি হয়তো PHI আপনার পরিচর্যা বা তার পেমেন্টের সাথে জড়িত পরিবারের সদস্য, অন্যান্য আত্মীয়, বা ঘনিষ্ঠ বন্ধুবান্ধবদের সীমিতভাবে প্রকাশ করার জন্য আমাদের কাছে অনুরোধ করতে পারেন।
   The Right to Request Restrictions on Uses and Disclosures of Your PHI. You have the right to ask us to limit how we use and disclose your PHI for treatment, payment or health care operations. This request must be in writing. We are not required to agree to your restriction request, but if we do, we will honor our agreement except in cases of an emergency or in cases where we are legally required or allowed to make a use or disclosure. We are required, however, to agree to a written request to restrict disclosure of your PHI to a health plan if the disclosure is for payment or health care operations and is not otherwise required by law, and your PHI pertains solely to a health care item or service for which you have paid in full and out of pocket. Also, you may request us to limit PHI disclosures to family members, other relatives, or close friends involved in your care or payment for it.
2. **আপনার PHI-এর সাথে জড়িত গোপনীয় যোগাযোগগুলির অনুরোধ করার অধিকার।** আপনি নির্দিষ্ট কোনোভাবে বা অবস্থানে আপনার কাছে তথ্য পাঠাতে লিখিতভাবে অনুরোধ করতে পারেন। উদাহরণস্বরূপ, আপনি অনুরোধ করতে পারেন যে আমরা PHI আপনার বাড়িতে পাঠানোর বদলে কোনো পোস্ট অফিস বক্সে পাঠাই। আমরা আপনার অনুরোধে ততদূর সম্মতি জানাবো যতদূর পর্যন্ত আমরা আপনার অনুরোধ করা ফরম্যাটে তা সহজে আপনার কাছে প্রদান করতে পারি।
   The Right to Request Confidential Communications Involving Your PHI. You can ask in writing to send information to you in a certain way or location. For example, you can request we mail PHI to a Post Office Box rather than your home. We must agree to your request so long as we can easily provide it in the format you requested.
3. **আপনার PHI-এর কপি পাওয়ার অধিকার** বেশিরভাগ ক্ষেত্রে স্বাস্থ্য বা বিলিং সংক্রান্ত রেকর্ডের মতো আপনার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে আমাদের ব্যবহার করা আপনার PHI-এর কপি পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। আপনার অনুরোধটি লিখিতভাবে করতে হবে। আমরা আপনার লিখিত অনুরোধ পাওয়ার 30 দিনের মধ্যে উত্তর দেব, এবং আমরা হয়তো যুক্তিসঙ্গত ফি চার্জ করতে পারি। নির্দিষ্ট কিছু পরিস্থিতিতে, আমরা হয়তো আপনার অনুরোধ অস্বীকার করতে পারি, কিন্তু আমরা তা লিখিতভাবে জানাবো, এবং আমরা অস্বীকার করার জন্য আমাদের কারণগুলি প্রদান করব এবং অস্বীকারের পর্যালোচনা করার আপনার অধিকার বাখ্যা করব।
   The Right to Receive Copies of Your PHI. In most cases you have the right to receive copies of your PHI, such as health or billing records, used by us to make decisions about you. You must make the request in writing. We will respond within 30 days after receiving your written request, and we may charge a reasonable fee. In certain situations, we may deny your request, but we will do so in writing, and we will provide our reasons for the denial and explain your right to have the denial reviewed.
4. **আমাদের করা প্রকাশগুলির একটি তালিকা পাওয়ার অধিকার।** আমরা কতবার আপনার PHI প্রকাশ করেছি তার একটি তালিকা (প্রকাশের একটি হিসাব) পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। এই অধিকারটি নির্দিষ্ট প্রকাশের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয় যেমন চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবার কাজকর্মের জন্য করা প্রকাশ, আপনার বা আপনার পরিচর্যার সাথে জড়িত অন্যদের কাছে করা প্রকাশ, আপনার অনুমোদনের সাথে করা প্রকাশ, অথবা জাতীয় সুরক্ষা বা ইন্টেলিজেন্সের উদ্দেশ্যে করা বা সংশোধনমূলক প্রতিষ্ঠান বা আইন বলবৎকারী উদ্দেশ্যগুলির জন্য করা প্রকাশগুলি। প্রকাশের একটি হিসাবের জন্য অনুরোধ নীচে উল্লেখিত ব্যক্তির কাছে বা ঠিকানায় লিখিতভাবে করতে হবে। আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার তারিখের থেকে গত ছয় বছরের মধ্যে করা প্রকাশগুলির একটি তালিকা প্রদান করে, সংক্ষিপ্ত কোনো সময়সীমার অনুরোধ না করা হলে, আপনার অনুরোধ পাওয়ার 60 দিনের মধ্যে উত্তর দেব। আপনি একই বছরে একের বেশি অনুরোধ করলে, আমরা হয়তো একটি ফি চার্জ করতে পারি।
   The Right to Get a List of the Disclosures We Have Made. You have the right to get a list of instances in which we have disclosed your PHI (an Accounting of Disclosures.) This right does not apply to certain disclosures such as those made for treatment, payment or health care operations, disclosures made to you or to others involved in your care, disclosures made with your authorization, or disclosures made for national security or intelligence purposes or to correctional institutions or law enforcement purposes. Your

request for an Accounting of Disclosures must be made in writing to the person and address below. We will respond within 60 days of receiving your request by providing a list of disclosures made within the last six years from the receipt date of your request, unless a shorter time period is requested. If you make more than one request in the same year, we may charge a fee.

5. **আপনার PHI সংশোধন বা আপডেট করার অধিকার।** যদি আপনি মনে করেন যে আপনার PHI ভুল বা অসম্পূর্ণ, তাহলে বিদ্যমান তথ্যে কিছু যোগ করতে বা তা সংশোধন করতে আমাদের কাছে অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। আপনার অনুরোধটি লিখিতভাবে করতে হবে এবং এতে আপনার অনুরোধ করার কারণ অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে। আমরা আপনার অনুরোধ পাওয়ার 60 দিনের মধ্যে উত্তর দেব। PHI (i) ভুল ও অসম্পূর্ণ হলে, (ii) আমাদের তৈরী করা না হলে, (iii) প্রকাশ করার অনুমতি না থাকলে, বা (iv) আমাদের রেকর্ডের অংশ না হলে আমরা লিখিতভাবে আপনার অনুরোধ অস্বীকার করতে পারি। আমাদের অস্বীকারের মধ্যে অস্বীকার করার কারণ(গুলি) অন্তর্ভুক্ত থাকবে এবং আপনার অসম্মতির একটি লিখিত বিবৃতি দায়ের করার অধিকার ব্যাখ্যা করা থাকবে। আপনি অসম্মতির একটি লিখিত বিবৃতি দায়ের না করলে, আপনার সংশোধনের অনুরোধ ও আমাদের অস্বীকারকে আপনার PHI-এ সংযুক্ত করার অনুরোধ জানানোর অধিকার আপনার আছে। আপনার সংশোধনের অনুরোধ অনুমোদিত হলে, আমরা আপনার PHI-এ পরিবর্তনগুলি করব এবং তা সম্পূর্ণ হলে আপনাকে জানাবো। বিভিন্ন আকারে একটি সংশোধন করা যেতে পারে, যেমন আপনার রেকর্ডে কোনো ব্যাখ্যামূলক বিবৃতি যোগ করা।
   The Right to Amend or Update Your PHI. If you believe your PHI is incorrect or incomplete, you have the right to request us to add to or amend the existing information. Your request must be in writing and must include the reason for your request. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request in writing if the PHI (i) is correct and complete, (ii) was not created by us, (iii) is not allowed to be disclosed, or (iv) is not part of our records. Our denial will include the reason(s) for the denial and will explain your right to file a written statement of disagreement. If you don't file a written statement of disagreement, you have the right to request that your amendment request and our denial be attached to your PHI. If your amendment request is approved, we will make the change to your PHI and let you know it has been completed. An amendment may take several forms, such as an explanatory statement added to your record.
6. **এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপির অধিকার।** এই বিজ্ঞপ্তির একটি পেপার কপি আপনার কাছে ডাকে পাঠানোর অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। এটি এখানেও উপলভ্য আছে: http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa
   The Right to a Copy of this Notice. You have a right to request a paper copy of this Notice be mailed to you. It is also available at: http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa

E. এই বিজ্ঞপ্তি অথবা আমাদের গোপনীয়তা অনুশীলনগুলি সম্পর্কে তথ্যের জন্য আপনি কার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। এই বিজ্ঞপ্তি সম্পর্কে আপনার প্রশ্ন থাকলে অথবা আমাদের গোপনীয়তা অনুশীলনগুলি সম্পর্কে অভিযোগ থাকলে, বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের স্বাস্থ্য ও মানব সম্পদ পরিষেবা (U.S. Department of Health and Human Services)-এর নাগরিক অধিকারের দপ্তর (Office of Civil Rights)-এর কাছে কীভাবে একটি অভিযোগ দায়ের করতে হবে আপনি তা জানতে চাইলে, আপনি 1-734-615-4400 নম্বরে আমাদের গোপনীয়তা ডিরেক্টরের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। । আপনার অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনাকে দণ্ডিত করা হবে না। লিখিত অভিযোগগুলিকে অবশ্যই এখানে জমা দিতে হবে:

University of Michigan Health System
Privacy Director
1500 E. Medical Center Drive
Ann Arbor, MI 48109-5729

আমরা যেকোনো সময় আমাদের গোপনীয়তার অনুশীলনগুলি পরিবর্তন করতে পারি। আমরা কোনো গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন করার আগে, আমরা এই বিজ্ঞপ্তিটি পুনরালোচনা করব এবং আমাদের কেন্দ্রগুলিতে ও আমাদের ওয়েবসাইটে এখানে পোস্ট করব: http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa।

WHO YOU CAN CONTACT FOR INFORMATION ABOUT THIS NOTICE OR OUR PRIVACY PRACTICES. If you have questions about this Notice or complaints about our privacy practices, or if you would like to know how to file a complaint with the Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services, you can contact our Privacy Director at 1-734-615-4400. You will not be penalized for filing your complaint. Written complaints must be submitted to:

University of Michigan Health System
Privacy Director
1500 E. Medical Center Drive
Ann Arbor, MI 48109-5729

We may change our privacy practices at any time. Before we make an important change, we will revise this Notice and post it in our facilities and on our website at: http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa.

F. এই বিজ্ঞপ্তির কার্যকর তারিখ: 14 এপ্রিল 2003, সংশোধিত 1 জুলাই, 2012 ও 23 সেপ্টেম্বর, 2013।
EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE: April 14, 2003, revised July 1, 2012 and Sept. 23, 2013.