

HIPAA गोपनीयता नियम अनुरूप
विकासात्मक असक्षमता विभाजन

थेरापमा संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीमा पहुँचका लागि अनुरोध

अनुरोधकर्ता(हरू): पहुँच अनुरोध गर्ने व्यक्ति वा व्यक्ति माथिको बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस् र यो फाराम भर्नुहोस्। कृपया पूरा नाम।

पहुँच अनुरोध गर्नुहोस् ☐ हो ☐ होइन सहभागीको नाम:
सहभागीको NFocus व्यक्ति नम्बर:
पहुँच अनुरोध गर्नुहोस् ☐ हो ☐ होइन अभिभावक वा कानुनी प्राप्तिनाधिकारीको नाम (लागूयोग्य भएमा):
पहुँच अनुरोध गर्नुहोस् ☐ हो ☐ होइन आमाबुवा/आतुरेकत अनुरोधकर्ताको नाम (लागूयोग्य भएमा): सहभागीसंगको सम्बन्ध (लागूयोग्य भएमा):
पहुँच अनुरोध गर्ने व्यक्तिको ईमेल ठेगाना:

सहभागी र अभिभावकहरूका लागि उपलब्ध पढ्ने मात्र थेरापका मोड्युलहरू:

- अपोइन्टमेन्टहरू
- व्यवहार योजना र ट्र्याकिङ
- व्यवहारका घटनाहरू
- बजेट/सेवाका प्राधिकरणहरू
- आपत्कालीन डाटा फाराम
- व्यक्तिगत डाटा फाराम
- व्यक्तिगत गृह पृष्ठ
- व्यक्तिगत सहायता योजना
 - व्यक्तिगत फाँकस कायपत्र
 - ISP एजन्डा
- ISP डाटा
- ISP कार्यक्रमहरू (रेह्याबिलिटेशनका कार्यक्रमहरू)

सहभागीको हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा)

मिति

म जानकारी प्राप्तकर्ता स्वास्थ्य योजना वा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक हुनुहुन्न भने, जानकारी गोपनीयता कानूनद्वारा सुरक्षित नहुन सक्छ भन्ने कुरा बुझ्छु।

अभिभावक वा कानुनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा)

मिति

म जानकारी प्राप्तकर्ता स्वास्थ्य योजना वा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक हुनुहुन्न भने, जानकारी गोपनीयता कानूनद्वारा सुरक्षित नहुन सक्छ भन्ने कुरा बुझ्छु...

फाराम dhhs.ddtherapaccess@nebraska.gov मा ईमेल गर्नुपर्छ
वा USPS मार्फत निम्न ठेगानामा मेल गर्नुपर्छ:

स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग विकासात्मक
असक्षमता विभाग
ध्यान: थेराप पहुँच
P.O. Box 98947
Lincoln, NE 68509-8947

DHHS प्रयोग मात्र:

अनुरोध प्राप्त भएको मिति:	(र शीर्षक) द्वारा प्राप्त गरिएको:
---------------------------	-----------------------------------