



**မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးရေး အစီအစဉ်ရလဒ်များအား ကြည့်ရှုခွင့်တောင်းဆိုခြင်း**

ပြည်နယ်ဖောင်ပုံစံ 57489 (8-24)  
 အင်ဒီယားနားပြည်နယ်  
 ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန  
 မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးခြင်း အစီအစဉ်



**လျှို့ဝှက်အချက်အလက်  
 per 45 CFR § 164.524**

ဤဖောင်ပုံစံ၏ ရည်ရွယ်ချက်မှာ လူနာ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ဆရာဝန်မှ သိမ်းဆည်းထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းမိတ္တူများ (နှင့် 45 CFR § 164.501 မှ သတ်မှတ်ထားသော မှတ်တမ်းအစုံများ) ကို စိစစ်ရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ရယူရန် တောင်းဆိုခြင်းဖြစ်သည်။ ထိုမှတ်တမ်းများကို ကျွန်ုပ်တို့၏ လုပ်ငန်းဖော်များက ထိန်းသိမ်းထားပြီး စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာကုသမှုမှတ်ချက်များ၊ အရပ်ဘက်၊ ရာဇဝတ်မှု သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲမှုဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များတွင် အသုံးပြုရန်အတွက် အချက်အလက်စုဆောင်းခြင်းများနှင့် 42 U.S.C. § 263a နှင့် အခြားဥပဒေများအရ ထုတ်ဖော်ခြင်းမှ တားမြစ်ထားသော မှတ်တမ်းများမှအပ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

သင်၏လုပ်ပိုင်ခွင့်အား အသုံးပြုလိုပါက ဤဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်၊ လက်မှတ်ထိုးပြီး သင်၏မှတ်ပုံတင်နှင့်တကွ အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။

စာတိုက်မှတစ်ဆင့်: သို့- ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာအရာရှိ၊  
 ဥပဒေရေးရာဌာန၊ အင်ဒီယားနားပြည်နယ်  
 ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန  
 ၂ North Meridian လမ်း၊ အင်ဒီယာနာပိုလစ်ပြည်နယ်၊ IN 46204

အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့်- [NewbornScreening@health.in.gov](mailto:NewbornScreening@health.in.gov)

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန၊ မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးရေး အစီအစဉ်မှ သင်၏တောင်းဆိုချက်အား လုပ်ဆောင်နိုင်ရန် အချက်အလက်အချို့ လိုအပ်ပါသည်။ သင့်တွင်မေးခွန်းများရှိပါက (888) 815-0006 သို့ခေါ်ဆိုပါ

**အပိုင်း A- တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များ**

အောက်ပါ ပုဂ္ဂိုလ်ထံမှ မည်သည့်အချက်အလက်များ လိုအပ်သည်ကို ဖော်ပြပါ။

- ၂၀၀၇ ခုနှစ် သို့မဟုတ် ၂၀၀၇ ခုနှစ် မတိုင်မီမွေးဖွားခဲ့သော မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေး ရလဒ်များကို ပြပါ
- ၂၀၀၈ ခုနှစ် သို့မဟုတ် ၂၀၀၈ ခုနှစ် ပြီးနောက် မွေးဖွားခဲ့သော မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေး ရလဒ်များကို ပြပါ
- ခြောက်သွေ့ခံ သိမ်းဆည်းထားသည့် သွေးနမူနာ

အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၏ မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးမှုတစ်ခုချင်းစီ၏ အခြေအနေအားလုံးအတွက် မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးမှုများ၏

ရလဒ်များကို (“NBS Results”) အဖြစ် ဖော်ပြပါမည်။ *မြောက်သွေခံ သိမ်းဆည်းထားသောသွေးနမူနာများကို*  
အခြားမျိုးရိုးဗီဇဆေးမှုများအတွက် မွေးဖွားပြီး (၆)လမှ (၃)နှစ်အထိ ထိန်းသိမ်းပါသည်။

- သင်၏ NBS ရလဒ်များ မိတ္တူကိုတောင်းဆိုလိုပါက သင်၏ အချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ။ အသက် (၁၈) နှစ်ပြည့်ပြီးသူ မည်သူမဆို မိမိဆန္ဒအလျောက် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
- သင်၏ ကလေးကိုယ်စား ဤတောင်းဆိုချက်ကို တင်သွင်းပါက ကျေးဇူးပြု၍ ၎င်းတို့၏ အချက်အလက်များကို ဖြည့်ပါ။

ဤအချက်အလက်များအား ထုတ်ပြန်စေလိုသည့် အကြောင်းအရင်း အကျဉ်းချုပ်ကို ကျေးဇူးပြု၍ဖော်ပြပါ။

\_\_\_\_\_

သင်၏ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းမှ သင်ထုတ်ပြန်စေလိုသည့် အချက်အလက်များကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။

\_\_\_\_\_

**အပိုင်း B: လူနာအချက်အလက်များ**

မွေးဖွားစဉ် လူနာ၏အမည်- \_\_\_\_\_ မွေးဖွားသောရက်စွဲ (လ / ရက် / နှစ်)- \_\_\_\_\_

လိပ်စာ (အိမ်အမှတ်၊ လမ်းအမည်၊ မြို့၊ လမ်း၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်)- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

မွေးမိခင်၏ ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်- \_\_\_\_\_

မွေးဖွားရာအရပ် (အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ဆေးရုံအမည်၊ မွေးဖွားရာနေရာမှ သားဖွားဆရာမ)- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**အပိုင်း C- မှတ်တမ်းများကို ထုတ်ပြန်ရာတွင် လက်ခံမည့်သူ၏ အချက်အလက်များ**

လက်ခံမည့်သူ၏ အမည်- \_\_\_\_\_

လိပ်စာ (အိမ်အမှတ်၊ လမ်းအမည်၊ မြို့၊ လမ်း၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်)- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

ဖက်စ်- \_\_\_\_\_ အီးမေးလ် \_\_\_\_\_

သင့်အီးမေးလ်လိပ်စာပေးခြင်းအားဖြင့် သင်သည်ဤဖောင်ပုံစံနှင့် တောင်းဆိုမှုတို့နှင့် သက်ဆိုင်သည့် ဆက်သွယ်မှုများကို

အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် လက်ခံရရှိရန် သဘောတူခြင်းဖြစ်သည်။

မှတ်တမ်းများအား လက်ခံရယူလိုသည့် နည်းလမ်း-  လျှို့ဝှက်ထားသော အီးမေးလ်  စာတိုက်မှတစ်ဆင့်  ဖက်စ်

**အပိုင်း D- ခွင့်ပြုချက်တောင်းခံခြင်း-**

တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြီးသည်နှင့် ၎င်းအချက်အလက်များကို HIPAA ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုစည်းမျဉ်းများနှင့်အညီ ကာကွယ်မှုမပေးနိုင်တော့ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု ၊ စာရင်းသွင်းမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များအကျိုးဝင်ရန်တို့အတွက် ခွင့်ပြုချက်ရယူလိုသည့် မည်သည့်အဖွဲ့အစည်းမဆို ဤဖောင်ပုံစံပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်၏လက်မှတ် လိုအပ်ချင်းမရှိနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်အပေါ် မူတည်၍ လုပ်ဆောင်ပြီးဖြစ်သည့် ကိစ္စရပ်များမှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို စာဖြင့် ပယ်ဖျက်နိုင်သည်။ ခွင့်ပြုခြင်းရုတ်သိမ်းစာကို ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာအရာရှိမှ လက်ခံရရှိသည့်အချိန်တွင် စတင်၍ အကျိုးသက်ရောက်ပါမည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤခွင့်ပြုချက်ကိုစာဖြင့် ပယ်ဖျက်ခြင်းမပြုပါက ဤတောင်းဆိုမှုသည် အလိုအလျောက် သက်တမ်းကုန်ဆုံးပါမည်။

- လက်မှတ်ရေးထိုးပြီးသည်မှ ရက်ပေါင်း (၃၀)အတွင်း၊ သို့မဟုတ်
- အပိုင်း C တွင်ဖော်ပြထားသောပုဂ္ဂိုလ်မှ တောင်းဆိုထားသော မှတ်တမ်းများကိုလက်ခံရရှိသည့်အခါ သို့မဟုတ်
- ဖြစ်ရပ်/အခြေအနေများ ဖြစ်ပေါ် ပြီးနောက်- \_\_\_\_\_

**လူနာ သို့မဟုတ် လူနာကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်-** အကယ်၍ လူနာသည် အသက် ၁၈ နှစ်အထက်ဖြစ်ပါက ၎င်းကိုယ်တိုင် လက်မှတ်နှင့်ရက်စွဲ ရေးထိုးသင့်သည်။ အကယ်၍ လူနာသည် အသက် ၁၈ နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက လူနာ၏ မိဘ၊ အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်တို့သည် လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲရေးထိုးပြီး ၎င်းတို့၏ အချက်အလက်များကို ပေးအပ်ရမည်။

လက်မှတ်-\_\_\_\_\_ ရက်စွဲ (လ၊ရက်၊နှစ်)- \_\_\_\_\_

နာမည်အပြည့်အစုံ (ပုံနှိပ်)-\_\_\_\_\_

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူများ၏ အမည်အပြည့်အစုံ (ပုံနှိပ်)-\_\_\_\_\_

လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ-\_\_\_\_\_ မွေးဖွားသောရက်စွဲ (လ၊ ရက်၊ နှစ်)-\_\_\_\_\_

လိပ်စာ (အိမ်အမှတ်၊ လမ်းအမည်၊ မြို့၊ လမ်း၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်)-\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

အီးမေးလ် \_\_\_\_\_ သင့်အီးမေးလ်လိပ်စာပေးခြင်းအားဖြင့် သင်သည် ဤဖောင်ပုံစံနှင့် တောင်းဆိုမှုတို့နှင့် သက်ဆိုင်သည့် ဆက်သွယ်မှုများကို အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် လက်ခံရရှိရန် သဘောတူခြင်းဖြစ်သည်။

HIPAA စည်းမျဉ်းများနှင့်အညီ ကာကွယ်ထိန်းသိမ်းထားသည့် ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများကို ထုတ်ဖော်ရန် သက်သေခံကတ်ပြား တင်ပြရန်လိုအပ်ပါသည်။ အောက်တွင် လက်ခံနိုင်သည့် သက်သေခံကတ်ပြားများကို ဖော်ပြထားပါသည်။ **သင်၏တောင်းဆိုမှုနှင့်အတူ စာရင်း A မှ သက်သေခံကတ်ပြားမိတ္တူတစ်မျိုး သို့မဟုတ် စာရင်း B မှ သက်သေခံကတ်ပြားမိတ္တူနှစ်မျိုးကို ဖော်ပြရန်လိုအပ်ပါသည်။**

စာရင်း A	စာရင်း B
အောက်ပါများမှ အနည်းဆုံး မိတ္တူ (၁) စောင် ဖော်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်-	အကယ်၍ သင်သည် စာရင်း A မှ မည်သည့်ကတ်ပြားကိုမျှ မဖော်ပြနိုင်ပါက အောက်ဖော်ပြပါများအနက်မှ (2) ခု ၏ မိတ္တူကို ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။
သက်တမ်းရှိ ယာဉ်မောင်းလိုင်စင် (နှစ်ဖက်လုံး)	လူမှုလိုခြံရေးကတ်
ပြည်နယ်တွင်နေထိုင်ကြောင်း သက်သေခံကတ်ပြား (နှစ်ဖက်လုံး)	တံဆိပ်ခေါင်း ထုထားသော လူမှုလိုခြံရေးကတ်
လက်မှတ်ပါသော လုပ်ငန်းခွင်သက်သေခံကတ်	လက်မှတ်ပါသော အကြွေးဝယ်ကတ် သို့မဟုတ် ဘဏ်ကတ် (နောက်ကျောသာ)
လက်မှတ်ပါသော စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ သက်သေခံကတ်ပြား	မော်တော်ယာဉ်လိုင်စင် (အနည်းဆုံး (၆) လသက်တမ်းရှိရမည်) - မော်တော်ယာဉ်ပိုင်ဆိုင်မှုများမလိုပါ။
လက်မှတ်ပါသော ကျောင်းသားကတ်	အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၏ သက်တမ်းရှိ သေနတ်ကိုင်ဆောင်ခွင့်ပြုချက်
စစ်မှုထမ်းဟောင်း သက်သေခံကတ်	အငှားစာချုပ်/ငှားရမ်းခြင်းများ (အနည်းဆုံး (၆) လသက်တမ်းရှိရမည်)
ခံဝန်ဖြင့်လွတ်ခြင်း သက်သေခံကတ်	တရားဝင် ပရောဖက်ရှင်နယ် လိုင်စင်
နိုင်ငံကူးလက်မှတ်	ပြည်နယ်အေဂျင်စီ အလွှဲအပြောင်း
	အလုပ်လျှောက်လွှာ (အနည်းဆုံး (၆) လသက်တမ်းရှိရမည်) - လုပ်ခလစာ ပြရန်မလိုပါ။
	Letterhead ပါရှိသော အလုပ်အကိုင် အတည်ပြုစာ
	လက်မှတ်ပါသော စာကျည့်တိုက်ကတ်
	ပြီးခဲ့သည့်နှစ်က အခွန်ဆောင်ထားသောစာရွက် - NO W2 ရင်းတမ်းများ

ကျွန်ုပ်တို့သည် မှတ်တမ်းတောင်းဆိုမှုများကို တောင်းဆိုသည့်ရက်မှ ရက်ပေါင်း(၃၀)အတွင်း အကြောင်းပြန်ကြားရမည်ဖြစ်ပါသည်။ တောင်းဆိုထားသော မှတ်တမ်းများသည် လုပ်ငန်းခွင်ပြင်ပသို့ ရောက်ရှိနေပါက ရက်ပေါင်း(၆၀)အတွင်း အကြောင်းပြန်ကြားရမည်ဖြစ်ပါသည်။

**\*\*အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနဝန်ထမ်းများသာ အသုံးပြုရန်\*\***

**အပိုင်း E တောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ်—ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာအရာရှိ (“PO”) မှ ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်သွင်း၍ သို့မဟုတ် လိုအပ်သည်များကို အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် အကြောင်းပြန်ကြားရန်။**

တောင်းဆိုသည့်ရက် ရရှိခြင်း (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

PO ထံသို့ တောင်းဆိုသည့်ရက်ပိုခြင်း (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

ရက်အား အတည်ပြုပြီး ပံ့ပိုးမှုဌာနများ သို့မဟုတ် စီပွားရေးလုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များထံသို့

တောင်းဆိုသောမှတ်တမ်းများကို ရှာဖွေနိုင်ရန်ပို့ဆောင်သည် (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

အကြောင်းပြန်နိုင်သည့်ရက်အား သက်တမ်းတိုးခြင်း- တောင်းဆိုသည့်ရက်မှ ရက်ပေါင်း(၃၀)အတွင်း  
အကြောင်းပြန်နိုင်ခြင်းမရှိပါက ထပ်မံ၍ ရက်ပေါင်း(၃၀) သက်တမ်းတိုးခွင့်ရှိပါသည်။ သက်တမ်းတိုးခြင်းကို  
ပထမရက်ပေါင်း(၃၀)အတွင်း တောင်းဆိုသူကို သက်တမ်းတိုးရသည့် အကြောင်းအရင်းနှင့်တစ်ကွ အကြောင်းပြန်နိုင်မည့်  
ရက်စွဲဖြင့်ပါ အကြောင်းကြားရမည် ဖြစ်ပါသည်။

သက်တမ်းတိုးကြောင်း အကြောင်းကြားခြင်း (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

သက်တမ်းတိုးပြီးအကြောင်းကြားစာနှင့်အတူ အကြောင်းပြန်မည့်ရက်အား

သတ်မှတ်ခြင်း (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

သက်တမ်းတိုးရသည့် အကြောင်းအရင်း- \_\_\_\_\_

**အပိုင်း F- တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းပယ်ခြင်း— တောင်းဆိုမှုငြင်းပယ်ခံရလျှင် ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာအရာရှိ (“PO”) မှ ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်သွင်း၍ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် အကြောင်းပြန်ကြရန် ။**

တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းပယ်ကြောင်း တောင်းဆိုသူထံသို့ အကြောင်းကြားခြင်း (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

တောင်းဆိုသူမှ ငြင်းပယ်မှုကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန်တောင်းဆိုခြင်း (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_ (ပူးတွဲ- တောင်းဆိုမှု)

တောင်းဆိုသူမှ တိုင်ကြားချက်ဖွင့်ခြင်း (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

(တိုင်ကြားချက်၏ သဘောသဘာဝနှင့် အနေအထားတို့ကို တိုင်ကြားချက်ဖောင်ပုံစံတွင် ကြည့်ပါ။)

တောင်းဆိုမှု ခွင့်ပြုချက်ရရှိကြောင်း တောင်းဆိုသူထံသို့ ပို့ဆောင်ခြင်းနှင့် တောင်းဆိုသောမှတ်တမ်းများကို ရှာဖွေနိုင်ရန်  
ထိုခွင့်ပြုချက်ကို ပံ့ပိုးမှုဌာနများ သို့မဟုတ် စီပွားရေးလုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များထံသို့ ပို့ဆောင်သည် (လ/ရက်/နှစ်) \_\_\_\_\_

**ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာအရာရှိ၏လက်မှတ် - ဖောင်ပုံစံဖြင့် သို့မဟုတ် Email လက်မှတ်ဖြင့်**

ကျွန်ုပ်သည် IDH ဥပဒေရေးရာရုံးမှ ရှေ့နေတစ်ဦးဖြစ်ပြီး အထက်ပါ အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း

ထောက်ခံပါသည်။

လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)- \_\_\_\_\_

နာမည်အပြည့်အစုံ (ပုံနှိပ်)- \_\_\_\_\_ ရာထူး- \_\_\_\_\_