BIURO USŁUG I WSPARCIA W ZAKRESIE UZALEŻNIEŃ
STANU NOWY JORK

Wycofana dnia:_____ Inicjały pracownika:_____

Nazwisko pacjenta Imię	Inicjał drugiego imienia
Nr sprawy	
Placówka	Jednostka

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PACJENTA Z PROBLEMEM UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU/NARKOTYKÓW

INSTRUKCJE:	**KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA NALEŻY PRZEKAZAĆ PACJENTOWI!** Sporządzić jedną (1) kopię do dokumentacji pacjenta. W przypadku przesłania tego formularza do innej agencji z wnioskiem o udostępnienie danych, należy sporządzić dodatkową kopię do dokumentacji medycznej pacjenta.

ZGODA PACJENTA NA UJAWNIENIE I UZYSKANIE DANYCH UMOŻLIWIAJĄCYCH IDENTYFIKACJĘ

ZAKRES LUB CHARAKTER UJAWNIANYCH/UDOSTĘPNIANYCH DANYCH

Wszelkie informacje niezbędne do zbadania zarzutu(-ów) znęcania się, zaniedbania lub innych znaczących incydentów z moim udziałem lub innych znaczących incydentów.

CEL I CHARAKTER UJAWNIENIA/UDOSTĘPNIENIA ORAZ NAZWA ORGANIZACJI DOKONUJĄCEJ UJAWNIENIA I OTRZYMUJĄCEJ DANE UMOŻLIWIAJĄCE IDENTYFIKACJĘ.

1) Wyrażam zgodę na ujawnienie poufnych informacji na rzecz Biura ds. Usług z Zakresu Nadużywania Alkoholu i Substancji Odurzających Stanu Nowy Jork ((New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS), Biura ds. Usług dla Dzieci i Rodzin (Office of Children and Family Services, OCFS), w tym podległe mu Biuro ds. Rozpraw Specjalnych (Bureau of Special Hearings) oraz Urząd ds. Ochrony Osób Specjalnej Troski Stanu Nowy Jork 9NYS Justice Center for the Protection of People with Special Needs, JC), w tym Centralny Rejestr Osób Wymagających Szczególnej Ochrony (Vulnerable Persons Central Register, VPCR) w celu przeprowadzenia dochodzenia lub podejmowania decyzji dotyczących wszelkich zarzutów przypadków nękania, zaniedbywania lub innych istotnych incydentów z moim udziałem lub które mnie dotyczą.

2) Jeżeli jestem osobą niepełnoletnią (poniżej 18 roku życia) dodatkowo wyrażam zgodę poinformowanie przez ten program, Biuro ds. Usług z Zakresu Nadużywania Alkoholu i Substancji Odurzających Stanu Nowy Jork (OASAS), Biuro ds. Usług dla Dzieci i Rodzin (OCFS) oraz Urząd ds. Ochrony Osób Specjalnej Troski Stanu Nowy Jork (JC), mojego rodzica lub opiekuna prawnego w celu przeprowadzenia dochodzenia lub podejmowania decyzji dotyczących wszelkich zarzutów przypadków nękania, zaniedbywania lub innych istotnych incydentów z moim udziałem lub które mnie dotyczą.

Ja, niżej podpisany(-a), zapoznawszy się z powyższą treścią, upoważniam personel ujawniającej placówki wskazanej powyżej do ujawniania i otrzymywania określonych w treści niniejszego dokumentu danych. Rozumiem, iż udzieloną zgodę mogę w dowolnym momencie pisemnie wycofać, a wycofanie to nie dotyczy czynności już przeprowadzonych na podstawie tego dokumentu. Niniejsza zgoda utraci ważność po upływie sześciu (6) miesięcy od daty podpisania, chyba że określono poniżej inny okres czasu, zdarzenie lub warunek, w którym to wypadku obowiązywać będzie wskazany okres, zdarzenie lub warunek. Rozumiem również, iż wszelkie przypadki ujawnienia/udostępnienia danych umożliwiających identyfikację podlegają przepisom Tytułu 42 Cz. 2 Kodeksu przepisów federalnych dotyczących poufności dokumentacji lekarskiej pacjenta uzależnionego od substancji odurzających oraz przepisom Ustawy o przenośności i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 45 C.F.R. §§160 &164 160 i164 oraz, że ponowne ujawnienie tych informacji osobom innym, niż wskazane powyżej bez mojego dodatkowego, pisemnego upoważnienia, jest zabronione.

Okres, zdarzenie lub warunek będący podstawą przedłużenia okresu wskazanego powyżej: zakończenie dochodzenia przez Urząd ds. Ochrony Osób Specjalnej Troski w sprawach dotyczących wszelkich zarzutów przypadków nękania, zaniedbywania lub innych istotnych incydentów, stosownie do par. 501 Kodeksu Praw 2012 r. oraz podjęcie decyzji w sprawie w myśl Art. 6, pt. 6 Nowojorskiego prawa o usługach socjalnych.

UWAGA:	Do wszelkich informacji udostępnionych na podstawie niniejszego formularza **MUSI** być dołączony formularz **Zakazu ponownego ujawniania danych dotyczących pacjenta uzależnionego od alkoholu / narkotyków** (TRS-1).

Rozumiem, że generalnie program nie może uzależniać mojego leczenia od tego, czy podpiszę niniejszy formularz, jednak w niektórych okolicznościach mogę otrzymać odmowę leczenia, jeżeli tego formularza nie podpiszę. Składając własnoręczny podpis poniżej potwierdzam otrzymanie kopii niniejszego formularza.

(Podpis pacjenta)	(Podpis rodzica/opiekuna, jeżeli jest wymagany)
(Imię i nazwisko drukiem)	(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukiem)
(Data)	(Data)