NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

ZGODA NA UJAWNIENIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH LECZENIA ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z NADUŻYWANIEM SUBSTANCJI ODURZAJĄCYCH

DLA KLIENTÓW WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI W SPRAWACH KARNYCH

Nazwisko klienta	Imię	Inicjał drugiego imienia

Numer identyfikacyjny stanu Nowy Jork dla Klienta (**NYSID**)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Imię i nazwisko członka personelu podmiotu kierującego:

Podmiot kierujący - nazwa i adres

Rodzaj podmiotu kierującego
[ ] Prokurator Okręgowy
[ ] Sąd
[ ] Probacja

[ ] Zwolnienie warunkowe - Ogólne
[ ] Zwolnienie warunkowe - Shock
[ ] Zwolnienie warunkowe - Willard
[ ] Zwolnienie warunkowe - Ponowny wyrok

INSTRUKCJE:
1) WYSŁAĆ KOPIĘ NINIEJSZEGO WYPEŁNIONEGO FORMULARZA DO PODMIOTU PROWADZĄCEGO LECZENIE KLIENTA;
2) DODAĆ KOPIĘ NINIEJSZEGO WYPEŁNIONEGO FORMULARZA DO AKT POSTĘPOWANIA KARNEGO KLIENTA; ORAZ
3) PRZEKAZAĆ KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA KLIENTOWI/POZWANEMU

1) Ja, niżej podpisany, Klient/Pozwany, niniejszym **WYRAŻAM ZGODĘ** i upoważniam do komunikacji pomiędzy wyżej wymienionym **podmiotem kierującym**, moim Świadczeniodawcą w zakresie leczenia zaburzeń związanych z nadużywaniem środków odurzających: _____

oraz: _____

_____

_____

WYRAŻAM ZGODĘ na **UJAWNIENIE INFORMACJI** dotyczących mojej obecnej i przeszłej indywidualnej oceny lub ewaluacji, podsumowania przyjęcia sprawy, diagnozy, zaleceń dotyczących leczenia, daty przyjęcia oraz statusu pacjenta, w tym przebiegu i poziomu leczenia (np. leczenie w ośrodku zamkniętym, w społeczności, indywidualnie lub grupowo), moich postępów i przestrzegania zaleceń, w tym między innymi: obecności w ramach leczenia, dat i wyników badań toksykologicznych, współpracy w ramach programu leczenia, rokowania, zakończenia leczenia lub powodu (powodów) jego zakończenia, daty wypisania, statusu wypisania oraz planu wypisania.

Takie ujawnienie informacji służy **CELOWI** umożliwienia wymienionym powyżej podmiotom komunikowania się w sprawie moich potrzeb w zakresie leczenia, działań, historii oraz przestrzegania założeń oceny i leczenia w celu monitorowania warunków leczenia, zwolnienia, zarządzania opieką oraz wykonywania innych obowiązków służbowych; **ORAZ**

2) **WYRAŻAM ZGODĘ** i zezwalam na komunikację pomiędzy wymienionym powyżej **podmiotem kierującym** a Biurem ds. Usług i Pomocy w Zakresie Uzależnień Stanu Nowy Jork (**OASAS**); oraz OASAS na **UJAWNIENIE INFORMACJI** Wydziałowi ds. sądownictwa karnego stanu Nowy Jork (**DCJS**), dotyczących danych o przyjęciu i wypisaniu pacjenta w **CELU** prowadzenia badań i oceny programu. Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie raporty lub badania sporządzone na podstawie moich danych, ujawnione zgodnie z niniejszym zwolnieniem, nie będą zawierały informacji umożliwiających identyfikację osoby, które pozostaną poufne i będą chronione przed dalszym ujawnianiem.

Ja, niżej podpisany(-a), przeczytałem(-am) powyższe informacje i upoważniam personel podmiotów ujawniających wskazanych powyżej do pozyskiwania i ujawniania takich informacji, jak podano w tym dokumencie. Przyjmuję do wiadomości, że o ile nie określono inaczej, niniejsza zgoda pozostanie w mocy i nie może zostać przeze mnie odwołana do czasu formalnego i skutecznego zakończenia lub odwołania mojego zwolnienia z zakładu karnego, tymczasowego nadzoru kuratorskiego, zwolnienia warunkowego, nadzoru po zwolnieniu lub lokalnego zwolnienia warunkowego albo innego postępowania lub ustalenia przez organ zwalniający, w ramach którego zostałem(-am) skierowany(-a) na leczenie lub w inny sposób wyraziłem (-am) na nie zgodę.

Rozumiem również, że ujawnienie jakichkolwiek informacji identyfikujących podlega przepisom tytułu 42 Kodeksu Przepisów Federalnych 42 CFR Część 2, regulującym poufność dokumentacji leczenia zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji odurzających przez pacjentów, a także przepisom ustawy o przenoszeniu i odpowiedzialności za ubezpieczenia zdrowotne z 1996 r. (HIPAA) 45 C.F.R. Punkty 160 i 164; oraz że ponowne ujawnienie takich informacji stronom innym niż wskazane powyżej jest zabronione bez dodatkowego pisemnego upoważnienia z mojej strony.

Rozumiem, że zasadniczo program nie może uzależniać mojego leczenia od tego, czy podpiszę formularz zgody, ale w pewnych ograniczonych okolicznościach może mi odmówić leczenia, jeśli nie podpiszę formularza zgody. Otrzymałem(-am) kopię niniejszego formularza, co potwierdzam własnoręcznym podpisem poniżej.

_____ (Imię i nazwisko klienta drukowanymi literami)

_____ (Podpis klienta)

_____ (Data)