NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE

POUR LES CLIENTS DE LA JUSTICE PÉNALE

Numéro d'identification de l'État de New York du/de la client(e) (**NYSID**)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nom du/de la client(e)	Prénom	Initiale du 2e prénom

Nom du membre du personnel de l'entité référente :

Nom et adresse de l'**entité référente**

Type d'entité référente
[ ] Procureur du district
[ ] Tribunal
[ ] Probation

[ ] Libération conditionnelle - Générale
[ ] Libération conditionnelle - Anticipée
[ ] Libération conditionnelle - Établissement correctionnel spécialisé
[ ] Libération conditionnelle - Nouvelle libération

INSTRUCTIONS :
1) ENVOYER UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE REMPLI AU PRESTATAIRE DE TRAITEMENT DU/DE LA PATIENT(E) ;
2) AJOUTER UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE REMPLI AU DOSSIER DE JUSTICE PÉNALE DU/DE LA CLIENT(E) ; ET
3) DONNER UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE AU/À LA CLIENT(E)/DÉFENDEUR/DÉFENDERESSE

1) Je, soussigné(e), client(e)/défendeur(défenderesse), **ACCEPTE** par la présente et autorise la communication entre l'**entité de référence** susmentionnée, mon prestataire de traitement de la dépendance chimique : _____

et la ou les entités suivantes :

_____

_____

_____

1) Je **CONSENS** à la **DIVULGATION D'INFORMATIONS** concernant mon évaluation individuelle actuelle et passée, le résumé de la consommation, le diagnostic, la recommandation de traitement, la date d'admission et mon statut de patient(e), y compris le déroulement et le niveau du traitement (c'est-à-dire résidentiel, communautaire, individuel ou de groupe), mes progrès et mon observance, y compris, mais sans s'y limiter, mon assiduité ou mon manque d'assiduité au traitement, les dates et les résultats des analyses toxicologiques/urinaires, ma coopération avec mon programme de traitement, le pronostic, la fin du traitement ou les raisons de l'arrêter, la date de sortie, le statut de sortie et le plan de sortie.

Cette divulgation a pour **BUT** de permettre aux entités énumérées ci-dessus de communiquer mes besoins en matière de traitement, mes activités, mes antécédents et mon attitude à l'égard de mon évaluation et de mon traitement, afin de contrôler les conditions du traitement, de la libération, de la gestion des cas et de l'exécution d'autres tâches officielles ; **ET**

2) J'**ACCEPTE** et autorise en outre la communication entre l'**entité référente** susmentionnée et le Bureau des services et soutiens en matière de toxicomanie (Office of Addiction Services and Supports, **OASAS**) de l'État de New York, et je consens à ce que l'OASAS **DIVULGUE** des **INFORMATIONS** à la Division des services de justice pénale (Division of Criminal Justice Services, **DCJS**) de l'État de New York concernant les données d'admission et de sortie dans le **BUT** de mener des activités de recherche et d'évaluation des programmes. Je comprends que tous les rapports ou études compilés à partir de mes dossiers et divulgués en vertu de la présente décharge ne comprendront pas d'informations permettant de m'identifier, et que ces informations resteront confidentielles et protégées contre toute nouvelle divulgation.

Je, soussigné(e), ai lu ce qui précède et autorise le personnel des entités divulgatrices susmentionnées à divulguer, obtenir et partager ces informations comme indiqué dans le présent document. Je comprends que, sauf indication contraire, le présent consentement demeurera en vigueur et ne pourra pas être révoqué par moi tant qu'il n'y aura pas eu de résiliation ou de révocation officielle et effective de ma mise en liberté, de ma surveillance provisoire, de ma probation, de ma libération conditionnelle, de ma surveillance après libération ou de ma libération conditionnelle locale, ou toute autre procédure ou détermination par une autorité de libération en vertu de laquelle j'ai été orienté(e) vers le traitement ou accepté de le suivre.

Je comprends également que la divulgation de toute information permettant de m'identifier est liée à l'Article 42 du Code des règlements fédéraux (CFR), Partie 2, concernant la confidentialité des dossiers des patients traités pour alcoolisme ou toxicomanie, ainsi qu'à la loi sur la transférabilité et la responsabilité de l'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA) de 1996, 45 C.F.R., Parties 160 et 164, et que toute redivulgation de ces informations à une autre partie que celles indiquées ci-dessus est interdite sans autorisation écrite supplémentaire de ma part.

REMARQUE : toute information divulguée par le biais de ce formulaire **DOIT** être accompagnée du formulaire **d'interdiction de redivulgation d'informations concernant un patient alcoolique ou toxicomane** (TRS-1).

Je comprends qu'en général, le programme ne peut pas conditionner mon traitement à la signature d'un formulaire de consentement, mais que dans certaines circonstances limitées, le traitement peut m'être refusé si je ne signe pas un formulaire de consentement. J'ai reçu un exemplaire de ce formulaire, comme en témoigne ma signature ci-dessous.

_____ (Nom du/de la client[e] en caractères d'imprimerie)

_____ (Signature du/de la client[e])

_____ (Date)