

關於
酗酒/藥物濫用患者的
資訊披露同意書

撤銷於：_____ 工作人員首字母縮寫：_____

患者姓氏	名字	中間名縮寫
個案號碼		
機構		單位

指示：

提供一份此表單副本給患者！準備一 (1) 份副本作為患者個案記錄。如果要將此表單寄給另一個機構要求資訊，請準備另外一份副本作為患者個案記錄。

患者同意披露並取得可識別個人身份的資訊

要披露或取得之資訊的性質範圍

調查我可能列名其中或有所關連之任何涉嫌虐待或忽視的事故，或其他重大事故所需的所有資訊。

披露/釋出目的或性質，以及披露與取得可識別個人身份資訊的組織。

- 1) 我同意將機密資訊披露給 New York State 酗酒與藥物濫用服務辦事處 (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS)、兒童與家庭服務辦事處 (Office of Children and Family Services, OCFS)，包括其特別聽證局 (Bureau of Special Hearings)，以及紐約州 保護特殊需求人士司法中心 (Justice Center for the Protection of People with Special Needs, JC)，包括其弱勢人士中央登記處 (Vulnerable Persons Central Register, VPCR)，以調查或判定關於其中我可能列名或有所關連之任何涉嫌虐待或忽視的事故，或其他重大事故。
- 2) 如果我尚未成年 (未滿 18 歲)，我另外同意本方案、New York State 酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS)、兒童與家庭服務辦事處 (OCFS) 與紐約州保護特殊需求人士司法中心 (JC) 通知我的父母或法定監護人關於其中我可能列名或有所關連之任何涉嫌虐待或忽視的事故，或其他重大事故。

我，以下簽名者，已經閱讀上述說明並授權列名之披露機構的工作人員披露與取得此處所陳述的相關資訊。我瞭解我可以隨時以書面撤回此同意書，已經依此所採取的行動除外。此同意書將從簽署日期起六 (6) 個月到期，除非有以下所述的不同期間、事件或條件，在該情況下將適用相關的期間、事件或條件。我也瞭解任何識別身份資訊的任何披露皆受《聯邦法規彙編》(Code of Federal Regulations, C.F.R.) 第 2 部分第 42 條的約束，該法規管理酗酒與藥物濫用患者記錄的保密，以及《1996 年的健康保險可攜式及責任法》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 45 C.F.R. §§160 & 164 的約束；以及在沒有我的另外書面授權之下，禁止將此額外資訊轉披露給非上述指定團體。

延展上述期間的期間、事件或條件：司法中心根據《2012 法律》(Laws of 2012) 第 501 章完成涉嫌虐待或忽視或其他重大事故的調查，並根據《紐約市社會福利法》第 6 章第 6 條 (NY Social Services Law Article 6, title 6) 的程序判決。

註： 透過此表單釋出的任何資訊都必須伴隨禁止轉披露關於酗酒/藥物濫用患者的資訊 (TRS-1) 表單。

我瞭解一般而言，不管我是否簽署同意書，該方案都不得約束我的治療，但是在有限的特定情況下，若我未簽署同意書，我的治療可能遭到拒絕。我已經收到一份此表單的副本，以我的如下簽名確認。

(患者簽名)

(患者/監護人簽名)

(患者姓名正楷)

(患者/監護人姓名正楷)

(日期)

(日期)