

**СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ,
КАСАЮЩЕЙСЯ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ
ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В СИСТЕМЕ
УГОЛОВНОГО ПРАВОСУДИЯ**

Идентификационный номер клиента по штату Нью-Йорк (NYSID)

<input type="checkbox"/>								
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Тип инстанции

- Прокурор округа
 Суд
 Пробация

- Условно-досрочное освобождение — общее
 Условно-досрочное освобождение — освобождение после краткосрочного заключения
 Условно-досрочное освобождение — освобождение через лагерь Willard
 Условно-досрочное освобождение — освобождение после пересмотра приговора

Фамилия клиента

Имя
Сред. инициал

Имя должностного лица соответствующей инстанции:

Наименование и адрес инстанции

ИНСТРУКЦИИ: 1) ПОСЛЕ ЗАПОЛНЕНИЯ ОТПРАВЬТЕ КОПИЮ ДАННОЙ ФОРМЫ В ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ГДЕ ПРОХОДИТ ЛЕЧЕНИЕ КЛИЕНТ;
2) ПРИЛОЖИТЕ КОПИЮ ДАННОЙ ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ К УГОЛОВНОМУ ДЕЛУ КЛИЕНТА И
3) ПРЕДОСТАВЬТЕ КОПИЮ ДАННОЙ ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ КЛИЕНТУ/ОБВИНЯЕМОМУ

1) Я, нижеподписавшийся клиент/обвиняемый, настоящим **ДАЮ СОГЛАСИЕ** и разрешаю обмен сведениями между вышеупомянутой **инстанцией**, лечебным учреждением, где я лечусь от химической зависимости: _____
а также: _____

Я **ДАЮ СОГЛАСИЕ** на **РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ**, касающейся как текущей, так и прошлых оценок и обследования моего состояния, сведений о поступлении, диагноза, рекомендаций по лечению, даты госпитализации и моего статуса как пациента, включая сведения о курсе и уровне лечения (т. е. лечение в исправительном учреждении, на базе общины, индивидуальное или групповое), моего участия и соблюдения предписаний, включая, в числе прочего, следующее: сведения о моем посещении или непосещении лечебных сеансов, датах и результатах токсикологических исследований/анализов мочи, моем сотрудничестве с программой лечения, прогнозе, прохождении полного курса лечения или причинах его прекращения, дате выписки, состоянии при выписке и плане выписки.

Такое раскрытие информации **ИМЕЕТ ЦЕЛЬЮ** дать возможность перечисленным выше организациям обмениваться информацией, касающейся моих потребностей в лечении, деятельности, истории, отношения к моему обследованию и лечению, для осуществления надзора за условиями лечения, освобождения, курирования пациента, а также для выполнения прочих официальных обязанностей **И**

2) Кроме того, я **ДАЮ СОГЛАСИЕ** и разрешаю обмен сведениями между вышеупомянутой **инстанцией** и Управлением штата Нью-Йорк по борьбе с алкоголизмом и наркоманией (**OASAS**) и разрешаю **OASAS РАСКРЫВАТЬ** Управлению уголовного правосудия штата Нью-Йорк (**DCJS**) **ИНФОРМАЦИЮ**, касающуюся данных госпитализации и выписки, **ДЛЯ ЦЕЛЕЙ** проведения исследований и выполнения оценки эффективности программы. Я понимаю, что никакие отчеты или исследования, сформированные на основе моих медицинских документов, раскрытых на основе данного разрешения, не будут содержать идентифицирующих личность сведений и эти сведения не утратят конфиденциального статуса и будут защищены от дальнейшего раскрытия.

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, прочел/прочла данный документ и даю свое согласие на раскрытие, получение указанной информации и обмен указанной информацией между вышеупомянутыми раскрывающими организациями. Я понимаю, что, если не указано иное, данное согласие будет в силе и не может быть отменено мной до того, как будет формально и действительно прекращено или отменено мое освобождение из заключения, временный пробационный надзор, условный срок, условно-досрочное освобождение, надзор после освобождения, местное условное освобождение или иное разбирательство либо решение раскрывающего информацию органа, направившего меня на лечение или иным образом получившего мое согласие на лечение.

Я также понимаю, что любое раскрытие любой идентифицирующей личность информации регулируется частью 2 Титула 42 Свода федеральных нормативных актов, устанавливающего принцип конфиденциальности медицинской информации пациентов, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости, а также Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 г. (HIPAA) и Титулом 45 Свода федеральных нормативных актов, частями 160 и 164, и что дальнейшее раскрытие этой информации какой-либо стороне, отличной от указанных выше, запрещено, если на это не дано дополнительное письменное разрешение с моей стороны.

ПРИМЕЧАНИЕ. Любая информация, раскрываемая на основании данной формы, **ДОЛЖНА** сопровождаться формой запрета на дальнейшее раскрытие информации, касающейся пациента, страдающего от химической зависимости (TRS-1)

Я понимаю, что в целом факт подписания мною формы согласия не является условием получения лечения в рамках программы, но в некоторых определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу форму согласия. Я получил(а) копию этой формы и подтверждаю это своей подписью ниже.

(Имя клиента печатными буквами)

(Подпись клиента)

(Дата)