

「透露化學藥物
成癮治療
之相關資訊」同意書
刑事罪犯當事人專用

當事人的紐約州身份證號碼 (NYSID)

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

調閱機構類型

- 地檢署
 法院
 觀護所

- 假釋 - 一般
 假釋 - 震撼假釋
 假釋 - 威拉德假釋
 假釋 - 重審假釋

當事人姓氏	中間名首字母	名字
調閱機構的經辦人員名字：		

調閱機構名稱與地址		

- 說明：
- 1) 寄發一份本同意書填妥後的影本給當事人的治療服務供應商；
 - 2) 當事人的刑事審判檔需加附一份本同意書填妥後的影本；並
 - 3) 向當事人/被告提供一份本同意書填妥後的影本

1) 本人 (簽名人、當事人/被告) 茲同意並授權上述指名調閱機構與本人之化學藥物成癮治療服務供應商之間彼此通訊交流：_____

亦可與下列機構之間通訊交流：_____

本人同意揭露之資訊為本人目前及過去各項評估或估算、服用劑量摘要、診斷、治療建議、入院日期與治療情況，包括療程與治療等級 (亦即，住宅式、社區式、個人式或團體式)、我的進展程度與配合度 (包括但不限於：我是否積極參與治療、毒物/驗尿的日期與結果、我是否與治療計畫配合、預後、治療結束或終止原因、出院日期、出院時狀態與出院計畫)。

此資訊揭露之目的為使上列機構之間得以針對我的治療需求、活動、病史以及下列事項進行通訊交流：我對於因監控治療之條款與條件、開釋、個案管理與執行其他公務等目的而進行之評估與治療保持何種態度；且

2) 本人進一步同意並授權上述指名之調閱機構與紐約州酒精毒品濫用服務辦公室 (OASAS) 之間進行通訊交流；並同意 OASAS 向紐約州刑事審判服務部 (DCJS) 揭露資訊，包括與研究及計畫評估活動等目的相關的住院與出院資料。本人瞭解，按照本透露同意書而從本人病歷記錄彙編而成之所有報告或研究將不包括本人之身份資訊，此身份資訊需保密且不得進一步向他方揭露。

本人 (簽名人) 已詳讀上述說明，並授權上述指名之揭露機構之員工揭露、取得及分享本同意書中所指定之資訊。本人瞭解，除非另有指定，否則本同意書將持續有效且本人無法予以撤銷，直到本人因監禁、暫時性觀護監督、緩刑、假釋、釋後監督或區域條件式開釋或其他訴訟或經由透露資訊之主管機構決議，而能正式有效地終止或撤銷本透露資訊同意書為止。

本人亦瞭解，所有資訊揭露/透露行為皆需遵守用於管制酒精與毒品濫用病患記錄之機密性的聯邦法規第 42 篇 (42 CFR 第 2 部分)，以及 1996 頒佈的健康保險流通與責任法案 (簡稱 HIPAA)、聯邦法規第 45 篇第 160 & 164 部分；且禁止在未經我其他書面同意的情况下，將此類資訊轉交給非上述所指定的機構。

註： 透過本同意書透露的所有資訊需隨附「禁止將化學藥物成癮治療之病患相關資訊轉交他人」聲明書 (TRS-1)

本人瞭解，一般情況下此計畫不得以我是否簽署同意書來作為是否治療我的交換條件，但在某些情況下，我必須簽署同意書才能接受治療。本人茲以下列簽名，確認已接獲此同意書之影本。

_____ (當事人正楷書寫姓名)

_____ (當事人簽名)

_____ (日期)