



<p>Форма доступа отдела пробации для системы регистрации водителей в нетрезвом состоянии</p> <p>СИСТЕМА РЕГИСТРАЦИИ ВОДИТЕЛЕЙ В НЕТРЕЗВОМ СОСТОЯНИИ (IMPAIRED DRIVER SYSTEM, IDS)</p>	<p>Фамилия, имя и средний инициал</p>
	<p>ID клиента в Департаменте транспортных средств (Department of Motor Vehicles, DMV) (Номер водительского удостоверения)</p>
	<p>Название и адрес отдела пробации</p>

Инструкции

Сохраните заполненную копию данной формы в материалах дела.

Отдайте заполненную копию данной формы физическому лицу.

Я, нижеподписавшийся, настоящим **ДАЮ СОГЛАСИЕ** и разрешаю вышеупомянутому **Отделу пробации** получить информацию о любых текущих и/или прошлых данных, касающихся вождения в нетрезвом состоянии, включая судимости / решения суда, связанные с вождением в нетрезвом состоянии и другими нарушениями правил дорожного движения, указанных в моем водительском деле, а также следующих данных:

- **Водитель:** идентификационный номер клиента в DMV, первые две буквы текущей фамилии и фамилии, полученной при рождении, пол, дата рождения.
- **Нарушение:** дата нарушения, название суда, состав нарушения, первые две буквы текущей фамилии, концентрация алкоголя в крови (blood alcohol concentration, BAC) и в соответствующих случаях отметка об отказе от прохождения химического теста и отметка о водительском удостоверении другого штата.
- **Программа борьбы с вождением в нетрезвом состоянии (IDP):** название программы, дата начала и отчетная дата, отметка о направлении на освидетельствование, если имеется, и статус участника IDP.
- **Проверка:** имя представителя/название программы, дата проверки, отметка о направлении на освидетельствование, если имеется, указание метода проведения проверки.
- **Освидетельствование:** кто направил, название организатора/программы, даты начала и окончания освидетельствования и результат освидетельствования.
- **Лечение:** названия программ/поставщиков услуг, даты приема, даты выписки, количество сеансов и состояние при выписке.

Анализ этих данных необходим с **ЦЕЛЬЮ** расследования или наблюдения.

Я, нижеподписавшийся, прочитал(-а) вышеизложенное и даю разрешение сотрудникам соответствующих организаций раскрывать, получать и обмениваться перечисленной здесь информацией.

Я понимаю, что, если не указано иное, это согласие останется в силе и не может быть отозвано до тех пор, пока не будет официального и вступившего в силу прекращения или отмены моего освобождения из-под стражи и (или) досрочного освобождения, испытательного срока, временного освобождения, условного освобождения или другой судебной процедуры или действия, в соответствии с которыми мне было предписано или я согласился начать лечение; или

Срок, на который дано согласие (если отличается): _____

Я понимаю, что раскрытие моей личной информации Департаментом транспортных средств контролируется Федеральным законом о конфиденциальности информации о водителях (Federal Driver's Privacy Protection Act), Сводом законов США, статья 18, пункт 2721, и моя подпись на данном документе дает разрешение Департаменту транспортных средств раскрыть мою личную информацию указанному выше отделу пробации.

Я также понимаю, что раскрытие/передача любой личной информации определяется разделом 42, часть 2 Свода федеральных правил (Code of Federal Regulations, 42 CFR), кроме того, конфиденциальность записей пациентов о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, регулируется Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 года (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и статьей 45 Свода федеральных правил, части 160 и 164; и что получатели этой информации могут повторно разглашать ее только в связи со своими должностными обязанностями. Я также даю согласие на повторное разглашение всей ранее упомянутой информации названным выше отделом пробации сторонам, указанным ниже, при необходимости, для описанных ниже целей.

(Поставить инициалы и определить все применимое)

- Другому отделу пробации: _____ для проведения судебного расследования и (или) наблюдения за лицом.
- Другому суду по уголовным делам: _____ с целью выполнения своих обязанностей по принятию решений об освобождении, вынесению приговора, нарушения (-ий) и (или) свидетельства об освобождении от решений об ограничениях в отношении данного физического лица.
- Окружной прокуратуре: _____ для содействия выполнению должностных обязанностей в связи с судебным процессом или действием, в соответствии с которым лицу предписано или иным образом согласовано начать лечение.
- Представительству государственного защитника или частному адвокату, представляющему меня: _____ в связи с представлением лица в ходе судебного процесса или действия, в соответствии с которым лицу предписано или иным образом согласовано начать лечение.

Любое другое повторное раскрытие без дополнительного письменного разрешения с моей стороны запрещено, если иное не разрешено законом.

ПРИМЕЧАНИЕ	К любой информации, раскрытой согласно данному документу, ОБЯЗАНА прилагаться форма Запрета на повторное раскрытие информации о лечении пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью (Prohibition on Redislosure of Information Concerning Chemical Dependence Treatment Patient, TRS-1).
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ
Дата подписания	Подпись родителей или опекуна, если применимо