

針對酒精/藥物濫用治療記錄之  
可識別個人身分的  
資訊披露同意書  
僅可用於取得  
保險福利金

撤銷日期：\_\_\_\_\_ 工作人員姓名縮寫：\_\_\_\_\_

患者姓氏	名字	中間名
個案號碼		
機構		單位

**說明：** 向患者提供表單影本。保留此披露內容的原稿。

可識別個人身分的患者資訊披露同意書

要披露之資訊的程度或性質

本人，\_\_\_\_\_，在此授權\_\_\_\_\_、紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS)、紐約州衛生署 (New York State Dept of Health)、紐約州保險署 (New York State Insurance Dept)、紐約州首席檢查官辦公室 (New York State Attorney General) 以及我的保險提供者披露資訊並針對我透過此計畫獲得的服務溝通與保險帳單、福利金和報銷相關的資訊，其中包含與帳單、福利金和報銷問題相關的必要臨床資訊。

披露之用途或需求

允許紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS)、紐約州衛生署、紐約州保險署、紐約州首席檢查官辦公室協助我及藥物治療提供者，以取得所訴請服務的保險福利金和報銷。

本人，以下簽名的申請者，已閱讀上述內容並授權\_\_\_\_\_、紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS)、紐約州衛生署、紐約州保險署、紐約州首席檢查官辦公室的工作人員披露及取得此處指定的資訊。我瞭解我可以隨時透過書面方式撤銷此同意書，除非已依據此同意書所採取的行動，以及若發生下列事件，此同意書會自動到期：

\_\_\_\_\_ 與帳單、福利金和報銷有關的問題獲得解決時，或是

\_\_\_\_\_ (指定可撤銷同意書及/或同意書到期的其他時間)

本人也瞭解披露/公開任何可識別個人身分資訊的行為皆受到管轄酒精及藥物濫用患者記錄之機密性的《聯邦規定法案》(Code of Federal Regulations) 第 42 篇以及《1996 年健康保險流通與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 45 CFR Pts 160 及 164 的約束；若未經本人另外書面授權，則禁止向上述指定團體以外人員轉發此類資訊。

**注意：** 透過本表單披露的任何資訊必須隨附表單「禁止轉發關於酒精/藥物濫用患者的資訊」

本人進一步瞭解，我的治療與我是否簽署此同意書無關。我已經取得一份本表單影本，並在以下簽名確認。

\_\_\_\_\_  
(患者簽名)

\_\_\_\_\_  
(如有需要，請家長/監護人簽名)

\_\_\_\_\_  
(患者正楷姓名)

\_\_\_\_\_  
(家長/監護人正楷姓名)

\_\_\_\_\_  
(日期)

\_\_\_\_\_  
(日期)

說明代表病人簽署本表的授權 \_\_\_\_\_