



紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) 披露行為健康資訊授權書

患者姓名	出生日期	患者身份識別號碼
患者地址		

我，或我的授權代表，要求可以根據此表單的規定，披露與交流相關照護與治療的健康資訊。我瞭解：

1. 本授權書可能包含我的所有健康資訊，在適用的情況下，包括我的聯邦社會安全碼（僅供記錄比對之用），以及關於酒精與藥物勒戒及 HIV/AIDS 相關的所有資訊。如果下列的健康資訊包含此類資訊類型的任一種，我明確授權披露該資訊給紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS)。

_____ 如果您於此行簽下姓名縮寫，HIV-AIDS 相關資訊也將披露給 OASAS。您不一定要於此行簽下姓名縮寫。

_____ 如果您於此行簽下姓名縮寫，您的社會安全號碼也將揭露給 OASAS。您不一定要於此行簽下姓名縮寫。

2. 在特定的例外情況下，已經披露的健康資訊可能由接收方轉披露。如果我授權披露我的聯邦社會安全碼、相關 HIV/AIDS、酒精或藥物勒戒的資訊，若未進一步取得我的授權，接收方禁止轉披露該資訊，或將已披露的資訊挪用至本授權書以外的其他用途，除非相關做法是根據聯邦或州法律。如果我因為相關 HIV/AIDS 資訊的披露而受到歧視，我可以聯絡紐約州人權署 (New York State Division of Human Rights) 電話：1-888-392-3644。此機構負責保障我的權利。

3. 藉由去函給下列第 5 項的提供者，我有權利隨時撤銷本授權。我瞭解我可以撤銷本授權，但是已經根據本授權所採取的行動除外。

4. 簽署本授權是自願的。我瞭解我在健康計畫的治療、付款、投保或給付資格，一般並不是以此披露授權書為條件的。然而，我確實瞭解如果我未簽署本同意書，在特定情況下，我的治療可能會遭拒絕。

5. 披露與交流此資訊的提供者或實體名稱與地址：	
6. 將接受此資訊披露與交流的實體名稱與地址： NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, 1450 Western Avenue, Albany, New York 12203 我授權上述實體通知紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS) 關於我加入此治療計畫，因此可以評估我所接受的服務品質，我也同意此機構與 OASAS 之間關於我以前酒精和/或藥物濫用勒戒歷程，以及現在與所提議之治療服務的所有必要溝通。	
7. 本披露的目的是要遵循紐約 Medicaid 再設計專案的實施以及遵循強制的聯邦通報要求。藉由將本同意書所涵蓋的資訊納入 NYS OASAS 當事人資料系統，NYS OASAS 確認根據 42 CFR 2.32 – 禁止轉披露，此資訊不得轉披露。	
8. 我的健康資訊可以在從上次服務日期起三 (3) 年期間披露，或直至撤銷為止。	
9. 若非患者，簽署表單者的姓名：	10. 代表患者簽名的權限：

本表單各項都已經填寫完畢，我對本表單的問題已經得到解答，且我已取得表單的副本。

患者或法定授權代表的簽名 _____ 日期 _____

證人聲明/簽名：我已經見證此授權書的簽署，並證明一份簽名的授權書已經提交給患者和/或患者的授權代表。

工作人員姓名與職稱 _____ 簽名 _____ 日期 _____

透過此表單披露的酒精/藥物勒戒相關資訊或相關 HIV 保密資訊，必須隨附關於禁止轉披露的必要聲明。