

**СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ,
КАСАЮЩЕЙСЯ ПАЦИЕНТА С
АЛКОГОЛЬНОЙ/НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Фамилия пациента	Имя	Средний инициал
Номер дела		
Учреждение	Отделение	

ИНСТРУКЦИИ

КОПИЯ ДАННОЙ ФОРМЫ ВЫДАЕТСЯ ПАЦИЕНТУ! Подготовьте 1 (одну) копию для истории болезни пациента. Если данная форма должна быть направлена в другое учреждение с запросом на предоставление информации, подготовьте дополнительную копию для истории болезни пациента.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА РАСКРЫТИЕ И ПОЛУЧЕНИЕ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

ОБЪЕМ И ВИД РАСКРЫВАЕМОЙ ИЛИ ПОЛУЧАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

Вся информация, необходимая для расследования предполагаемых случаев жестокого обращения или халатного отношения либо других существенных инцидентов, в которых я мог (-ла) быть упомянут (-а) или к которым я мог (-ла) быть причастен (-на) иным образом.

ЦЕЛЬ ИЛИ ХАРАКТЕР РАСКРЫТИЯ/ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ И НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСКРЫВАЮЩЕЙ И ПОЛУЧАЮЩЕЙ ЛИЧНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

- 1) Я даю свое согласие на раскрытие конфиденциальной информации и обмен такой информацией Управлению по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS), Управлению по делам семьи и детей (Office of Children and Family Services, OCFS), включая его Бюро по специальным слушаниям (Bureau of Special Hearings), Центру права в штате Нью-Йорк по защите лиц с особыми потребностями (NYS Justice Center for the Protection of People with Special Needs, JC), включая его Центральный реестр лиц с особыми потребностями (Vulnerable Persons Central Register, VPCR), в целях расследования или принятия решения по любым предполагаемым случаям жестокого обращения или халатного отношения либо другим существенных инцидентам, в которых я мог (-ла) быть упомянут (-а) или к которым я мог (-ла) быть причастен (-на) иным образом.
- 2) Если я являюсь несовершеннолетним (младше 18 лет), я даю дополнительное согласие сотрудникам данной программы, Управлению по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (OASAS), Управлению по делам семьи и детей (OCFS) и Центру права в штате Нью-Йорк по защите лиц с особыми потребностями (JC) информировать моих родителей или законного опекуна в отношении любых предполагаемых случаев жестокого обращения или халатного отношения либо других существенных инцидентов, в которых я мог (-ла) быть упомянут (-а) или к которым я мог (-ла) быть причастен (-на) иным образом.

Я, нижеподписавшийся (-аяся), прочитал (-а) написанное выше и даю разрешение сотрудникам указанной организации раскрывать и получать перечисленную здесь информацию в соответствии с данным документом. Я понимаю, что настоящее согласие может быть в любое время отозвано мною в письменной форме, за исключением случаев, когда связанные с ним действия уже были совершены. Действие настоящего согласия заканчивается по истечении 6 (шести) месяцев с даты подписания, если ниже не указан другой период времени, событие или условие. В таком случае применяется этот другой период времени, событие или условие. Я также понимаю, что на любое разглашение какой-либо личной информации распространяется действие части 2 раздела 42 Свода федеральных правил (Code of Federal Regulations, C. F. R.), регулирующей конфиденциальность информации о пациентах с алкогольной и наркотической зависимостью, а также закона «Об ответственности и переносе данных о медицинском страховании» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) от 1996 г., изложенного в § 160 и 164 раздела 45 Свода федеральных правил; а также что повторное раскрытие этой информации другим лицам, помимо указанных выше, без дополнительного письменного разрешения с моей стороны запрещено.

Период времени, событие или условие продления вышеуказанного периода: завершение расследования Центром права обвинения в жестоком обращении или халатном отношении либо другого существенного инцидента в соответствии с главой 501 Свода законов 2012 г. (Laws of 2012) и решение по делу согласно разделу 6 статьи 6 закона «О социальных службах штата Нью-Йорк» (NY Social Services Law).

ПРИМЕЧАНИЕ.

К любой информации, раскрытой согласно настоящему документу, **ДОЛЖНА** прилагаться форма «Запрет на повторное раскрытие информации о пациенте с алкогольной и наркотической зависимостью» (TRS-1).

Я понимаю, что настоящая программа, как правило, не вправе ставить мое лечение в зависимость от подписания мной формы согласия, однако в определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу форму согласия. Экземпляр настоящей формы получен мною, что засвидетельствовано моей подписью ниже.

(Подпись пациента)

(Подпись родителя/опекуна)

(Имя и фамилия пациента печатными буквами)

(Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами)

(Дата)

(Дата)