

UFFICIO SERVIZI PER ALCOLISMO E ABUSO DI SOSTANZE  
DELLO STATO DI NEW YORK (NEW YORK STATE OFFICE OF  
ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE SERVICES)

**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI  
RELATIVE AL TRATTAMENTO DA DIPENDENZA CHIMICA PER  
ASSISTENZA ABITATIVA PERMANENTE**

**Numero identificativo Medicaid del richiedente**

Cognome, nome, iniz. 2° nome del richiedente:

Nome del membro del personale del fornitore di alloggi:

Nome e indirizzo del fornitore di alloggi:

**ISTRUZIONI:**

1) FORNIRE AL RICHIEDENTE UNA COPIA DEL PRESENTE MODULO, UNA VOLTA COMPILATO;  
2) AGGIUNGERE UNA COPIA DEL PRESENTE MODULO, UNA VOLTA COMPILATO, ALLA PRATICA DEL  
RICHIEDENTE; E

1) Io sottoscritto, richiedente, con il presente documento **ACCONSENSO** e autorizzo lo scambio di comunicazioni tra il summenzionato **fornitore di alloggi**, l'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze (OASAS), il Dipartimento salute (State Department of Health, DOH) dello Stato di New York e il Centro nazionale per dipendenza e abuso di sostanze (National Center on Addiction and Substance Abuse, CASA) della Columbia University.

**ACCONSENSO** alla **DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI** che mi riguardano e in particolare: nome, iniziale del secondo nome, cognome, cognome da nubile, numero identificativo Medicaid, data di nascita, numero di previdenza sociale, sesso alla nascita, sesso, inizio dell'assistenza abitativa, fine dell'assistenza abitativa, data del presente consenso e delle informazioni pertinenti provenienti dal sistema Medicaid dello Stato di New York e dal Sistema dati clienti dell'OASAS.

Detta divulgazione ha lo **SCOPO** di permettere agli enti summenzionati di scambiarsi comunicazioni relative alle mie esigenze di cura, attività, cartella clinica e valutazione del mio trattamento ai fini del monitoraggio, della gestione del caso e dell'adempimento degli altri obblighi ufficiali;

**E**

2) **ACCONSENSO** e autorizzo inoltre lo scambio di comunicazioni tra il summenzionato **fornitore di alloggi** e l'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze (**OASAS**) e la **DIVULGAZIONE** da parte dell'OASAS delle **INFORMAZIONI** di cui sopra al Centro nazionale per dipendenza e abuso di sostanze (**CASA**) della Columbia University per lo **SCOPO** dell'analisi dell'utilizzo di Medicaid e delle attività di valutazione del programma. Sono consapevole che tutte le relazioni e gli studi compilati in base alla mia documentazione medica e divulgati grazie alla presente autorizzazione non comprenderanno informazioni personali identificabili e che esse resteranno riservate e protette da ulteriori divulgazioni.

Io sottoscritto, avendo letto quanto sopra riportato, autorizzo il personale degli enti divulganti summenzionati a comunicare, ottenere e condividere le informazioni qui specificate. Sono consapevole che, salvo indicazione contraria, il presente consenso resterà valido per cinque anni dalla mia firma del presente consenso O dal mio abbandono dell'unità abitativa assistenziale, a seconda di quale termine presenti una durata maggiore, tranne in caso di mia revoca del presente consenso.

Sono inoltre consapevole che qualsiasi divulgazione di informazioni identificative è soggetta al Titolo 42 del CFR (Codice delle norme federali) Parte 2 sulla riservatezza dei documenti relativi a pazienti che fanno abuso di alcool e droghe, oltre che alla Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) del 1996 (HIPAA) 45 CFR, Punti 160 e 164; e che l'ulteriore divulgazione di tali informazioni ad una parte che non sia quella summenzionata è vietata, senza una mia autorizzazione scritta supplementare.

**NOTA:**

Qualsiasi informazione comunicata tramite il presente modulo **DEVE** essere accompagnata dal modulo **Proibizione di ulteriore divulgazione di informazioni relative a pazienti trattati per dipendenza chimica (TRS-1)**

Sono consapevole che in linea generale il programma non fa dipendere il mio trattamento dalla mia sottoscrizione del modulo di consenso, ma che in talune circostanze limitato detto trattamento potrebbe essermi negato in caso di mancata sottoscrizione del modulo di consenso. Ho ricevuto copia del presente modulo, come attesta la mia firma in calce.

(Nome del cliente in stampatello)

(Firma del richiedente)

(Data)