

마약중독 치료에 관한 정보 공개에 대한 동의
종신 지원 주택

신청자 Medicaid 아이디 번호

신청자 성, 이름, 중간이름이니셜:
주택 제공자의 직원 이름:
주택 제공자의 이름 및 주소:

지시: 1) 작성한 이 양식의 사본 1 부를 신청자에게 제공하십시오.
2) 작성한 이 양식의 사본 1 부를 신청자 파일에 추가하십시오. 그리고

1) 아래 서명한 본인, 신청자는 이에 상기 주택 제공자인 뉴욕 주 알코올 및 약물남용서비스처(OASAS), 뉴욕 주 건강국(Department of Health, DOH)과 콜럼비아 대학교 내의 국립 중독 및 약물남용 센터(National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, CASA) 간의 정보교환을 동의하고 허가합니다.
본인은 아래 본인에 대한 정보의 공개에 대하여 동의합니다: 이름, 중간이름이니셜, 성, 여성 결혼전 이름, Medicaid 아이디번호, 생년월일, 소셜시큐리티 번호, 출생시 성별, 성별, 지원주택 개시일자, 지원주택 마감일자, 본 동의일자 및 뉴욕 주 Medicaid 시스템과 OASAS 고객 데이터 시스템으로부터 얻은 해당 정보.
이와 같은 공개의 목적은 상기 기관들이 본인의 치료 수요, 활동, 이력에 대하여 정보교환을 하고 모니터링과 케이스 관리 목적 그리고 여타 공적인 임무를 수행하기 위하여 본인에 대한 치료를 평가하는 것입니다.
그리고
2) 본인은 또한 상기 주택 제공자와 OASAS 간의 정보교환과, OASAS 가 위에서 언급한 정보를 Medicaid 활용분석과 프로그램 평가작용의 목적으로 콜럼비아 (CASA)에 공개하는 것에 대하여 동의하며 승인합니다. 본인은 이러한 공개에 따라 공시된 본인의 기록에 근거하여 수집한 보고서 또는 연구에는, 비공개이며 재공개가 금지된 개인 식별 가능 정보가 포함되지 않음을 이해합니다.

본인은 서명함으로써 상기 내용을 읽었으며 상기 공개 기관의 담당자가 여기에 포함된 대로 정보를 공개하는 것을 허락합니다. 본인은, 달리 정하지 않는 한, 이 동의는 본인이 철회하지 않으면 본인이 서명한 때로부터 5년간 혹은 본인이 지원되는 주택을 떠나는 때 중에서 늦은 때까지 유효함을 이해합니다.

또한 모든 식별 정보의 공개는 알코올 및 약물 남용 환자 기록의 기밀성을 관장하는 Title 42 of the Code of Federal Regulations 42 CFR Part 2 뿐만 아니라, 건강보험 양도 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 45 C.F.R. Pts. 160 및 164 의 구속을 받고 있으며, 상기 명시된 이외 기관으로의 정보 재공개는 본인의 추가적인 서면 승인 없이는 금지되어 있음을 이해합니다.

참고: 이 동의서를 통해 공개되는 정보는 반드시 약물중독 치료환자에 관한 정보의 재공개 금지(TRS-1) 양식과 함께 공개되어야 합니다.

일반적으로 이 프로그램은 본인의 동의서 서명 여부를 조건으로 하지 않을 수 있지만 특정 제한적 상황에서 본인이 동의서에 서명하지 않을 경우 치료가 거부될 수 있음을 이해합니다. 본인은 아래 서명으로 인정하는 바와 같이, 본 양식의 사본을 수령하였습니다.

(신청자 이름을 인쇄체로 기재)

(신청자 서명)

(날짜)