

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В
ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ
ЗАВИСИМОСТИ ДЛЯ
ПОСТОЯННОГО ПОДДЕРЖИВАЕМОГО
ПРОЖИВАНИЯ**

Идентификационный номер Medicaid заявителя

Фамилия, имя, 2-й инициал:

Фамилия сотрудника поставщика жилищных услуг:

Название и адрес поставщика жилищных услуг:

ИНСТРУКЦИИ:

- 1) ОТДАЙТЕ КОПИЮ ЭТОЙ ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ ЗАЯВИТЕЛЮ;
- 2) ПОЛОЖИТЕ КОПИЮ ЭТОЙ ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ В ДЕЛО ЗАЯВИТЕЛЯ; И

1) Я, нижеподписавшийся заявитель, настоящим **ДАЮ СОГЛАСИЕ** и разрешаю обмен информацией между вышеупомянутым **поставщиком жилищных услуг**, Управлением по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (OASAS), Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (DOH) и Национальным центром по борьбе с зависимостью и злоупотреблением алкоголем и наркотиками при Колумбийском университете (National Center on Addiction and Substance Abuse, CASA).

Я **ДАЮ СОГЛАСИЕ** на **РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ**, касающейся моего имени, инициала второго имени, фамилии, девичьей фамилии, идентификационного номера Medicaid, даты рождения, номера социального страхования, пола при рождении, пола, даты начала поддерживаемого проживания, даты окончания поддерживаемого проживания, даты подписания настоящего согласия и соответствующей информации из системы Medicaid и клиентской базы данных OASAS.

Такое разглашение производится с **ЦЕЛЬЮ** дать возможность указанным выше учреждениям обмениваться информацией касательно моих потребностей в лечении, деятельности, истории и оценки моего лечения для контроля, управления делами и выполнения других официальных задач;

И

2) я также **ДАЮ СОГЛАСИЕ** и разрешаю обмен информацией между указанными выше **поставщиком жилищных услуг** и Управлением по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (OASAS) и разрешаю OASAS **РАЗГЛАШАТЬ** указанную выше **ИНФОРМАЦИЮ** Национальному центру по борьбе с зависимостью и злоупотреблением алкоголем и наркотиками при Колумбийском университете (CASA) с **ЦЕЛЬЮ** анализа использования льгот Medicaid и оценки программы. Я понимаю, что любые составленные с использованием моих записей отчеты или исследования, разглашаемые в соответствии с настоящим согласием, не будут включать информацию, по которой может быть установлена личность человека. Данная информация останется конфиденциальной и защищенной от дальнейшего повторного разглашения.

Я, нижеподписавшийся (-аяся), прочитал (-а) вышеизложенное и разрешаю сотрудникам указанных выше разглашающих учреждений разглашать и получать такую информацию и обмениваться ею способом, указанным в настоящем документе. Я понимаю, что, если не указано иное, настоящее согласие останется в силе в течение пяти лет после того, как я подпишу настоящее согласие ИЛИ покину свое жилье с предоставлением услуг поддержки, в зависимости от того, что наступит позже, если только я не отзову свое согласие.

Я также понимаю, что на любое разглашение любой идентифицирующей информации распространяется действие части 2 раздела 42 Свода федеральных правил (42 CFR), регулирующего конфиденциальность информации о пациентах, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, а также Законом об ответственности и переносе данных о медицинском страховании (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA) от 1996 г., изложенном в частях 160 и 164 раздела 45 CFR;

ПРИМЕЧАНИЕ: любая информация, передаваемая посредством настоящей формы, **ДОЛЖНА** сопровождаться формой «**Запрет на повторное разглашение информации, касающейся лечения пациента с алкогольной и наркотической зависимостью**» (TRS-1)

Я понимаю, что программа, как правило, может не обуславливать мое лечение подписанием формы согласия, однако в определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу форму согласия. Я получил (-а) копию этой формы, что засвидетельствовано моей подписью ниже.

(Имя заявителя печатными буквами)

(Подпись заявителя)

(Дата)