

同意披露關於化學藥物依賴性治療的資訊
以取得永久性輔助性住房

申請人的 Medicaid 身份識別號碼

申請人的姓氏、名字、中間名縮寫：

住房提供者的工作人員姓名：

住房提供者的姓名與地址：

說明：

- 1) 提供一份已填寫的此表單給申請人；
- 2) 增加一份已填寫的此表單至申請人的檔案；以及

1) 我，以下簽名的申請者，在此**同意**並授權上述列名之**住房提供者**、紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS)、紐約州衛生署 (DOH) 以及哥倫比亞大學國家成癮暨藥物濫用中心 (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, CASA) 之間的聯絡通訊。

我**同意披露關於我的**以下資訊：姓氏、第一個中間名縮寫、名字、婚前姓、Medicaid 身份字號、出生日期、社會安全號碼、出生時的性別、輔助性住房開始的日期、輔助性住房結束的日期、本同意書日期，以及 NYS Medicaid 系統與 OASAS 當事人資料系統的相關資訊。

該披露的目的是允許上述實體基於監督與個案管理目的，聯繫關於我的治療需求、活動、病歷與評估我的治療，並執行其他的官方職務；

以及

2) 我進而**同意**並授權上述列名的**住房提供者**與紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS) 之間的聯絡；以及 OASAS **披露**上述的**資訊**給哥倫比亞大學國家成癮暨藥物濫用中心 (CASA)，以行使 Medicaid 使用分析與計畫評估活動的目的。我瞭解從根據我的同意所披露之記錄編纂而成的任何報告或研究，將不包含個人可識別資訊，其將繼續保持機密且受到進一步轉披露的保護。

我，以下簽名者，已經詳細閱讀並授權以上列名之披露實體的工作人員，依此處的規定披露、取得與共用相關的資訊。我瞭解除非另有規定，此同意書的效力將於我簽署本同意書起持續五年或至我離開輔助性住房單位，以較久者為準，我撤銷此同意書的情況除外。

我也瞭解任何身份識別資訊的披露受到管理酒精與藥物濫用患者病歷保密的《聯邦規定法案》(42 Code of Federal Regulations 42 CFR) 第 42 條第 2 章，以及 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 45 C.F.R. 之第 160 & 16 章《健康保險隱私及責任法案》(HIPAA) 的約束；如未另外事先取得我的書面授權，禁止將相關資訊披露給上述指定以外的團體。

注意： 透過本表單揭露的任何資訊必須隨附表單禁止轉披露關於化學藥物依賴性治療患者的資訊 (TRS-1)

我瞭解一般而言，計畫不得以我是否簽署同意做為治療條件，但是在特定有限的情況下，我的治療可能因為未簽署同意書而遭拒絕。我已經取得一份本表單副本，並確認以下是我的簽名。

(正楷書寫申請人姓名)

(申請人的簽名)

(日期)