

ניו יארק שטאַט  
 אָפֿיס פֿון אָפֿיס פֿון אַדיקציע באַדינען און אָנהאַלטן  
 צושטימונג צו באַפֿרײַען פֿערווענלעכע אידענטיפֿיצירן  
 אינפֿאָרמאַציע וועגן  
 אַלקאָהאָל/דרױג דערוועגן באַהאַנדלונג געשיכטע  
**פֿאַר דעם צײַל פֿון באַקומען  
 פֿאַרזיכערונג בענעפֿיטס**

אָפּגערופֿן אין: פֿערסאָנאַלאַינישאַלס:

פּאַציענט משפּחה נאָמען	ערשטן מיטל
פֿאַל נומער	
מהירות	יוניט

אינסטרוקציעס: געבן אַ קאָפּיע פֿון די פֿאַרמע צום פּאַציענט. האַלטן אָן אַריגינעל פֿון דעם באַפֿרײַנג.

פּאַציענט צושטימונג צו אַנטפּלעקן פֿערווענלעכער אידענטיפֿיצירט אינפֿאָרמאַציע

מאָס אָדער נאַטור פֿון אינפֿאָרמאַציע צו זײַן אַנטפּלעקט/באַפֿרײַט

אײך \_\_\_\_\_ דערמיט געב \_\_\_\_\_ די New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, New York State Dept of Health, New York State Insurance Dept, New York State Attorney General, און מײַן פֿאַרזיכערונג צושטעלער, דערלויבעניש צו אַנטפּלעקן אינפֿאָרמאַציע און איבערגעבן מיט און אַנטפּלעקן צווישן זײַ אינפֿאָרמאַציע באַצױגן מיט פֿאַרזיכערונג רעכענונג, בענעפֿיטס, און אומקערן, אַרײַנגענומען קליניקאַל אינפֿאָרמאַציע נויטיק באַצױגן מיט רעכענונג, בענעפֿיטס און אומקערן פּראָבלעמען, פֿאַר באַדינען אײך האָב באַקומען פֿון דעם פּראָגראַם.

צײַל אָדער נויטיקייט פֿאַר אַנטפּלעקונג

צו דערלויבן דעם New York State Office of Alcoholism and Substance Services, New York State Dept of Health, New York State Insurance Dept, the New York State Attorney General, צו העלפֿן מיר און מײַן דרוג באַהאַנדלונג צושטעלער פֿאַר באַקומען צוטריט צו פֿאַרזיכערונג בענעפֿיטס און אומקערן פֿאַר באַדינען פֿאַרגעשטעלט.

אײך, החתום-מטה, היט געלייענט די פֿריערדיקע און אויטאָריזירט דעם פֿערסאָנאַל פֿון New York State Office of Alcoholism and Substance Services, New York State Department of Health, New York State Insurance Department, New York State Attorney General's Office און מײַן פֿאַרזיכערונג צושטעלער צו אַנטפּלעקן און באַקומען די אינפֿאָרמאַציע אַז רערין ספּעציפֿיצירט. אײך פֿאַרשטיי אַז דעם צושטימונג מעג שטענדיק אַרויסגענומען ווערן שריפֿטלעך בײַ מיר אַחוץ צום מאָס אַז עס איז דאָ אַקציע אין צוטרוי, און אַז אײך קײן געשעעניש דעם צושטימונג אויסגײט אויטאָמאַטיש אַז פֿאַלגנדיק:

\_\_\_\_\_ ווען ענינים פֿאַרבונדן מיט רעכענונג, בענעפֿיטס און אומקערן זײַנען אַנטשלאָסן געווען, אָדער

(ספּעציפֿיצירן אָן אַנדערער צײַט ווען צושטימונג קען זײַן אָפּגערופֿן און/אָדער אויסגײט)

אײך אויך פֿאַרשטייט אַז קײן אַנטפּלעקונג פֿון קײן אידענטיפֿיצירן אינפֿאָרמאַציע איז באַגרענעצט בײַ טיטל 42 פֿון דעם Code of Federal Regulations CFR Part 45; רעגירט די קאַנפֿידענציעליטי פֿון אַלקאָהאָל און דרוג דערוועגן פּאַציענט רעקאָרדס, אַזוי ווי די Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996; און אַז די אַנטפּלעקונג פֿון די אויטאָריזאַציע צו אַ פֿאַרטיי אַנדערש פֿון די באַשטימטע אויבן איז אסור אָן ווייטערדיק שריפֿטלעך אויטאָריזאַציע פֿון מיר. (HIPAA) 45 CFR Pts. 160 & 164.

**באַמערקונג: קײן אינפֿאָרמאַציע באַפֿרײַט דורך די פֿאַרמע וועט קומען מיט די פֿאַרמע Prohibition on Rediscovery of Information Concerning Alcoholism/Drug Abuse Patient**

אײך אויך פֿאַרשטיי אַז מײַ באַהאַנדלונג וועט ניט האָבן צושטאַנדן צי אײך אונטערשרײַב די צושטימונג פֿאַרמע. אײך האָב באַקומט אַ קאָפּיע פֿון די פֿאַרמע, אַז דערקענט בײַ מײַן אונטערשריפט אונטן.

\_\_\_\_\_ (אונטערשריפט פֿון פּאַציענט)

\_\_\_\_\_ (אונטערשריפט פֿון פּאַציענט)

\_\_\_\_\_ (פֿאַרדרוקן נאָמען פֿון עלטערן/היטער)

\_\_\_\_\_ (פֿאַרדרוקן נאָמען פֿון פּאַציענט)

\_\_\_\_\_ (דאַטע)

\_\_\_\_\_ (דאַטע)

\_\_\_\_\_ באַשרײַבן אויטאָריטעט צו אונטערשרײַבן אין נאָמען פֿון פּאַציענט