

ניו יארק שטאַט
אַפֿיס פֿון אַפֿיס פֿון אַדיקציע באַדינען און אַנהאַלטן

צושטימונג צו באַפֿרייען אינפֿארמאַציע
וועגן
כעמיש אָפּהענגיקייט באַהאַנדלונג
פֿאַר
בלייביק שטיציק האַוסינג

אַפֿליקאַנט משפּחה נאָמען, ערשטן, מיטל:
האַוסינג צושטעלער פּערסאָנעל מיטגליד נאָמען:
האַוסינג צושטעלער נאָמען & אַדרעס:

אַפֿליקאַנט Medicaid אידענטיפֿיקאַציע נומער

אינסטרוקציעס: (1) צושטעלן אַ קאָפּיע פֿון די פֿולשטענדיקטע פֿאַרמע צום אַפֿליקאַנט; (1) צושטעלן אַ קאָפּיע פֿון די פֿולשטענדיקטע פֿאַרמע צום אַפֿליקאַנט פֿייל; און

1) איך, החתום-מטה, אפליקאַנט, דערמיט צושטימט און אויטאָריזירט קאָמוניקאַציע צווישן די אויבן געהייסן האַוסינג צושטעלער, New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services (OASAS); New York State Department of Health (DOH) Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA).

איך צושטימט צו צושטימונג פֿון אינפֿארמאַציע וועגן מיין: ערשטן נאָמען; ערשטן אות פֿון מיטל נאָמען; Medicaid Id נומער; געבורט דאַטע; סאַשאַל סעקורטי נומער; געבורט דזשענדער, דזשענדער, דאַטע ווען שטיציק האַוסינג האָט אָנגעהויבן, דאַטע שטיציק האַוסינג האָט געענדיקט; דאַטע פֿון דעם צושטימונג און שייכנדיק אינפֿארמאַציע פֿון דעם NYS Medicaid סיסטעם און OASAS קליענט דאַטאַ סיסטעם. דעם צושטימונג איז פֿאַר דעם ציל פֿון דערלויבן די אָרגאַניזאַציע אין די פֿריערדיקע רשימה כדי צו איבערגעבן וועגן מיין באַהאַנדלונג נויטיקייטן, אַקטיוויטעטן, געשיכטע און דערשאַצן מיין באַהאַנדלונג פֿאַר צילן פֿון מאָניטאָרן, פֿאַל אָנפֿירונג צילן, און פֿאַר אויסטראַגן אַנדערע באַאַמטלעך פֿליכטן;

און

2) איך ווייטער צושטימט און אויטאָריזירט קאָמוניקאַציע צווישן די אויבן געהייסן האַוסינג צושטעלער און די New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services (OASAS); OASAS צו צושטימען די אויבן פֿאַררופֿן אינפֿארמאַציע צו National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA) on Addiction and Substance Abuse, פֿאַר דעם ציל פֿון Medicaid באַנוצן אַנאַליסיס און פּראַגראַם אָפּשאַצונג אַקטיוויטעטן איך פֿאַרשטיי אַז קיין רעפֿאַרט אָדער שטודיעס צונויפֿגענומען פֿון מינע רעקאָרדס אַנטפלעקט פֿון דעם באַפֿריינג וועט נישט אַרײַנגעמען פּערזענלעכער אידענטיפֿיצירטע אינפֿארמאַציע וועלכע וועט בלייבן קאָנפֿידענציעל און באַשיצט פֿון ווייטערדיק רע-צושטימונג.

איך, החתום-מטה, האָב געלייענט אויבן און אויטאָריזירט דעם פּערסאָנאַל פֿון די אויבן געהייסן אַנטפלעקונג אָרגאַניזאַציע כדי צו אַנטפלעקן די אינפֿארמאַציע אַז רערין ספּעציפֿיצירט. איך פֿאַרשטיי אַז, סיידן אַנדערש ספּעציפֿיצירט, דעם צושטימונג וועט בלייבן אין ווירקונג פֿאַר פינף יאָר נאָך איך אונטערשרייב דעם צושטימונג אָדער לאָז מיין שטיציק האַוסינג יוניט, וועלכער איז לענגער, סיידן דעם צושטימונג איז אָפּגערופֿן בני מיר.

איך אויך פֿאַרשטיי אַז קיין אַנטפלעקונג איז באַגרענעצט בני טיטל 42 פֿון דרוג of Federal Regulations וואָס רעגירן די קאָנפֿידענציעליטי פֿון אַלקאָהאָל און דרוג דערוועגן פּאַציענט רעקאָרדס, אַזוי ווי די 45 C.F.R Pts (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) 160 & 164; און אַז די אַנטפלעקונג פֿון די אויטאָריזאַציע צו אַ פֿאַרטיי אַנדערש פֿון די באַשטימטע אויבן איז אַסור אָן ווייטערדיק שריפֿטלעך אויטאָריזאַציע פֿון מיר.

קיין אינפֿארמאַציע באַפֿרייט דורך די פֿאַרמע דאַרף קומען מיט די פֿאַרמע אַסור אויף אַנטפלעקונג פֿון אינפֿארמאַציע וועגן
באַמערקונג: אַלקאָהאָליזם/רפואה דערוועגן פּאַציענט (1-TRS)

איך פֿאַרשטיי אַז אין אַלגעמיין דעם פּראַגראַם מעג נישט צושטאַנדן מיין באַהאַנדלונג אויף איך אונטערשרייב אַ צושטימונג פֿאַרמע, אָבער אַז אין עטלעכע באַגרענעצט צושטאַנדן מען קען מיר געלייכן באַהאַנדלונג אויף איך אונטערשרייב נישט אַ צושטימונג פֿאַרמע. איך האָב באַקומט אַ קאָפּיע פֿון די פֿאַרמע, אַז דערקענט בני מיין אונטערשריפֿט אונטן.

(אונטערשריפֿט פֿון אַפֿליקאַנט)

(פֿאַרדרוקן נאָמען פֿון אַפֿליקאַנט)

(דאַטע)