



**NYS אָפּיס פֿון אָפּיס פֿון אַדיקציע באַדינען און אָנהאַלטן
אויטאָריזאַציע פֿאַר באַפֿרײַונג פֿון אויספֿירונג געזונטערהײַט אינפֿאַרמאַציע**

פּאַציענט נאָמען	געבורט דאַטע	פּאַציענט אידענטיפֿיקאַציע נומער
פּאַציענט אַדרעס		

איך, אָדער מיין אויטאָריזירטער רעפּרעזענטאַנט, בעט אַז די געזונטערהײַט אינפֿאַרמאַציע וועגן מיין אָפּהײַט און באַהאַנדלונג מעג זײַן באַפֿרײַט און פֿאַרבייטן אַז דערקלערט אין די פֿאַרמע. איך פֿאַרשטיי אַז:

1. די אויטאָריזאַציע מעג אַרײַנגעמען אַנטפּלעקונג פֿון מיין גאַנצע געזונטערהײַט אינפֿאַרמאַציע, אַרײַנגענומען ווען שײַך, מיין פֿעדעראַל סאַשאַל סעקורטי נומער (בלויז פֿאַר רעקאָרד פֿאַרן צילן). קיין און די גאַנצע אינפֿאַרמאַציע באַצויגן מיט אַלקאָהאָל און פֿאַרטויבעכץ באַהאַנדלונג און HIV/AIDS-באַצויגן אינפֿאַרמאַציע. אויב די געזונטערהײַט אינפֿאַרמאַציע באַשרײַבט אונטן נעם אַרײַן קיין איינער פֿון די מיין אינפֿאַרמאַציע איך ספּעציפֿיש אויטאָריזירט די באַפֿרײַונג פֿון די אינפֿאַרמאַציע צו די NYS New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services (OASAS).

_____ אויב איר אונטערשרײַב די ליניע, HIV/AIDS באַצויגן אינפֿאַרמאַציע קען אויך זײַן באַפֿרײַט צו OASAS. איר דאַרפֿן ניט אונטערשרײַבן די ליניע.

_____ אויב איר איר אונטערשרײַב די ליניע, אינער סאַשאַל סעקורטי נומער קען אויך ווערן באַפֿרײַט צו OASAS. איר דאַרפֿן ניט אונטערשרײַבן די ליניע.

2. מיט עטלעכע אויסנעמען אונטערמיטלעך, געזונטערהײַט אינפֿאַרמאַציע וואָס איז אַנטפּלעקט מעג זײַן נאָך אַ מאָל אַנטפּלעקט בײַ דעם אַרגאַניזם וואָס באַקומט עס. אויב איך אויטאָריזירט די באַפֿרײַונג פֿון מיין פֿעדעראַל סאַשאַל סעקורטי נומער, HIV/AIDS-באַצויגן, אַלקאָהאָל אָדער דרוג באַהאַנדלונג, דעם אַרגאַניזם וואָס באַקומט איז פֿאַרװערט פֿון באַפֿרײַען נאָך אַ מאָל די אינפֿאַרמאַציע אָדער ניצן די באַפֿרײַטע אינפֿאַרמאַציע פֿאַר קיין ציל אַנדערש ווי דעם ציל אָנגעװיזן בײַ די אויטאָריזאַציע. סיידן דערלויבט עס צו טאָן לויט פֿעדעראַל אָדער שטאַט געזעץ. אויב איך איבערלעבט דיסקרימינאַציע צוליב די באַפֿרײַונג פֿון HIV באַצויגן אינפֿאַרמאַציע, איך קען קאַנטאַקטירן די New York State Division of Human Rights אויף 1-888-392-3644. די אַגענציע איז פֿאַראַנטװאָרטלעך פֿאַר באַשיצן מינימע רעכט.

3. איך האָב דעם רעכט פֿאַר שטענדיק אַפּרופֿן די אויטאָריזאַציע בײַ שרײַבן צו דעם צושטעלער אין די ווייטערדיקע רשימה אין איטעם 5. איך פֿאַרשטיי אַז איך מעג אַפּרופֿן די אויטאָריזאַציע אַחוץ צום מאָס אַז מען האָט שוין גענומען אַקציע באַזירט אויף די אויטאָריזאַציע.

4. אונטערשרײַבן די אויטאָריזאַציע איז פֿרײַוויליק. איך פֿאַרשטיי אַז אין אַלגעמיין, מיין באַהאַנדלונג, צאַלונג, פֿאַרשרײַבונג אין אַ געזונטערהײַט פּלאַן, אָדער ראָוידיקייט פֿאַר בענעפֿיטס וועט ניט זײַן אַ צושטאַנד מיט מיין אויטאָריזאַציע פֿאַר די אַנטפּלעקונג. אָבער, איך פֿאַרשטיי אַז מען קען מיר געלייקענען באַהאַנדלונג אין עטלעכע צושטאַנדן אויב איך אונטערשרײַב ניט דעם צושטימונג.

5. נאָמען און אַדרעס פֿון צושטעלער אָדער אַרגאַניזם וואָס באַפֿרײַט און איבערבייט די אינפֿאַרמאַציע:	
6. נאָמען און אַדרעס פֿון אַרגאַניזם צו וועלכע מען וועט אַנטפּלעקן און פֿאַרבייטן אינפֿאַרמאַציע: 12203 NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, 1450 Western Avenue, Albany, New York	
איך אויטאָריזירט די אויבן געהייסן אַרגאַניזם צו אינפֿאַרמירן די New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services (OASAS) וועגן מיין פֿאַרשרײַבונג אין דעם באַהאַנדלונג פּראָגראַם פּדי די קוואַליטעט פֿון די באַדינען איך באַקומט מעג זײַן דערשאַצן, איך אויך צושטימט צו אַלע נויטיקע קאָמוניקאַציעס צווישן די מהירות און OASAS וועגן מיין פֿאַרגאַנגענע אַלקאָהאָל און/אָדער סובסטאַנץ פֿאַרגעװאַלד באַהאַנדלונג געשיכטע; גייען און געלייגט באַהאַנדלונג באַדינען.	
7. דעם ציל פֿון די אַנטפּלעקונג איז צו אויספֿאַלגן מיט די דורכפֿירונג פֿון דעם ניו יאָרק Medicaid רע-דיזיין אינציאַטיוו און צו אויספֿאַלגן מיט מאַנדאַטאַרי פֿעדעראַל באַריכטן באַדערפֿענישן. בײַ אָננעמען די אינפֿאַרמאַציע פֿאַרדעקט בײַ דעם צושטימונג אין דעם NYS OASAS Client Data System, NYS OASAS Client Data System באַשטעטיקט אַז די אינפֿאַרמאַציע מעג ניט זײַן נאָך אַ מאָל אַנטפּלעקט לויט 42 CFR 2.32 – Prohibition on redisclosure.	
8. מיין געזונטערהײַט אינפֿאַרמאַציע מעג זײַן אַנטפּלעקט פֿאַר אַ פּעריאָד פֿון דרייַ (3) יאָר פֿון די באַדינונג דאַטע, אָדער ביז אַפּגעװאָפֿן.	
9. אויב ניט דעם פּאַציענט, נאָמען פֿון פּערזאָן אונטערשרײַבן פֿאַרמע:	10. אויטאָריטעט צו אונטערשרײַבן אין נאָמען פֿון פּאַציענט:

אלע איטעם אין די פֿאַרמע זײַנען פּולשטענדיק, מינימע פֿראַגעס וועגן די פֿאַרמע זײַנען געענטפֿערט און מען האָט מיר געגעבן אַ קאָפּיע פֿון די פֿאַרמע.

אונטערשרײַב פֿון פּאַציענט אָדער רעפּרעזענטאַנט אויטאָריזירט בײַ געזעץ _____ דאַטע

עדות אויסזאָג/אונטערשרײַב איך בין אַן עדות פֿון די אויספֿירונג פֿון די אויטאָריזאַציע און פֿעסטשטעלט אַז אַ קאָפּיע פֿון די אונטערגעשריבן אויטאָריזאַציע איז צוגעשטעלט צום פּאַציענט און/אָדער דעם פּאַציענט אויטאָריזירט רעפּרעזענטאַנט.

פּערסאָנאַל פּערזאָן נאָמען און טיטל _____ אונטערשרײַב _____ דאַטע

אַלקאָהאָל/דרוג באַהאַנדלונג באַצויגן אָדער קאָנפֿידענציעל HIV-באַצויגן אינפֿאַרמאַציע באַפֿרײַט דורך די פֿאַרמע דאַרף זײַן באַלייטן בײַ די באַדאַרפֿטע אויסזאָגן וועגן פֿאַרװערן פֿון רע-באַפֿרײַונג.