



紐約州  
酗酒與藥物濫用服務處

針對不清醒駕駛相關違規行為  
資訊披露同意書  
不清醒駕駛系統 (IDS)

個人的姓氏	名字	中間名
個人的 DMV 客戶 ID (駕駛人的駕照號碼) :		
轉介實體的名稱與地址 :		

個人的個案號碼或檔案參考：

轉介實體類型	<input type="checkbox"/> IDP 提供者
<input type="checkbox"/> 法庭	<input type="checkbox"/> OASAS 核准的提供者
<input type="checkbox"/> DMV	<input type="checkbox"/> 駕駛人

說明： 1) 此表單填妥之後，向個人提供一份影本；以及  
2) 此表單填妥之後，在個人的個案記錄中收錄一份影本

本人，即簽署人，在此同意並授權上述具名轉介實體與下列機構進行溝通：

- OASAS 核准的提供者：\_\_\_\_\_；  
(輸入提供者的名稱，如果不適用，請輸入「N/A」)
- 我的不清醒駕駛計畫 (IDP)：\_\_\_\_\_；  
(輸入計畫的名稱，如果不適用，請輸入「N/A」)
- 紐約州酗酒與藥物濫用服務辦事處 (OASAS)、紐約州機動車管理所 (DMV)、紐約州法院行政辦公室 (OCA) 及紐約州刑事司法服務處 (DCJS) (DCJS 會收到不可識別身分的個人資料且僅會用於研究用途)；

披露任何目前及/或過去關於本人不清醒駕駛違規行為的資料，包含駕駛人記錄摘要書及下列資料中與不清醒駕駛及其他交通違規有關的定罪情事：

**駕駛人**：DMV 客戶 ID、現用名及曾用名中姓氏的前兩個字元、性別、出生日期和 SSN 的末四碼。  
**違規**：違規日期、法院名稱、違規情事、現用名中姓氏的前兩個字元、BAC 等級、拒絕化學測試 (若有) 的標註，以及外州駕照違規罰單 (若有) 的標註。  
**篩檢**：提供者/計畫名稱、篩檢日期、評估轉介 (若有) 的標註，以及所用篩檢工具的標註。  
**評估**：轉介來源、提供者/計畫名稱、評估開始及結束日期和評估狀態。  
**治療**：提供者/計畫名稱、住院日期、出院日期、療程數目和出院狀態。  
**IDP**：計畫名稱、開始及狀態日期，若適用時，指明轉介評估和 IDP 登記狀態。

此類披露僅適用於讓上述實體共用資料收集、追蹤、監控提供者及計畫活動之用途的指定資料元素。依據《紐約州車輛與交通法》(NYS Vehicle & Traffic Law, VTL)，與本人不清醒駕駛違規有關時，向每個實體披露的特定資料元素僅限於該實體履行其職務最低限度需要的內容。

我，以下簽署者，已經詳細閱讀並授權以上列名之披露實體的工作人員，依此處規定披露、取得及共用相關資訊。本人進一步瞭解，除非另有指明，本同意書將授權使用資料以支援 OASAS、OCA、DCJS 及 DMV 的研究與品質保證措施，而且依據 NYS VTL §201(1)(i) 及 NYS VTL §1192 的 DWI 違規等級裁決條款，本同意書在此用途下的有效期與記錄保存期限一致，均為十 (10) 年，本人在此期間不得撤銷本同意書。

本人瞭解 DMV 披露本人之個人資料係依據《聯邦駕駛人隱私權保護法案》18 USC §2721 執行，且本人以下簽名代表本人授權 DMV 向上述實體披露本人的個人資料。

本人也瞭解披露任何可識別個人身分資訊的行為皆受到管轄酒精及藥物濫用患者記錄之機密性的《聯邦規定法案》(Code of Federal Regulations) 第 42 篇 (42 CFR 第 2 部分) 以及《1996 年健康保險流通與責任法案》(the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 45 CFR Pts 160 及 164 的約束；若未經本人另外書面授權，則禁止向上述指定團體以外人員轉發此類資訊。

**注意：** 透過本表單披露的任何資訊必須隨附表單禁止轉發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書作為治療條件，但是在有限的特定情況下，我的治療可能因為未簽署同意書而遭拒絕及/或被判定為不符合不清醒駕駛計畫之資格。我已經取得一份本表單影本，並在以下簽名確認。

\_\_\_\_\_  
(個人的正楷姓名)

\_\_\_\_\_  
(個人的簽名)

\_\_\_\_\_  
(簽名日期)

\_\_\_\_\_  
(個人的家長或監護人簽名，若適用)