

ZGODA NA UJAWNIEŃ INFORMACJI
DOTYCZĄCYCH
LECZENIA UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI CHEMICZNYCH
W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ O
STAŁE MIESZKANIE POMOCNICZE

Numer identyfikacyjny Medicaid Wnioskodawcy

Nazwisko, imię i inicjał drugiego imienia Wnioskodawcy:

Nazwisko członka personelu instytucji mieszkaniowej:

Nazwa i adres instytucji mieszkaniowej:

INSTRUKCJE:

- 1) PO WYPEŁNIENIU PRZEKAZAĆ KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA WNIOSKODAWCY;
- 2) PO WYPEŁNIENIU DODAĆ KOPIĘ NINIEJSZEGO FORMULARZA DO DOKUMENTACJI WNIOSKODAWCY; ORAZ

1) Ja, niżej podpisany Wnioskodawca, niniejszym **WYRAŻAM ZGODĘ** na komunikację pomiędzy wyżej wymienioną **instytucją mieszkaniową** a Biuro ds. alkoholizmu i nadużywania substancji stanu Nowy Jork (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS); Wydziałem Zdrowia stanu Nowy Jork (New York State Department of Health, DOH); oraz Krajowym Centrum Leczenia Uzależnień i Nadużywania Substancji przy Uniwersytecie Columbia (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, CASA).

WYRAŻAM ZGODĘ na **UJAWNIEŃ INFORMACJI** na mój temat, takich jak: pierwsze imię; inicjał drugiego imienia; nazwisko; nazwisko panięńskie; numer identyfikacyjny klienta Medicaid; data urodzenia; numer ubezpieczenia społecznego; płeć określona podczas narodzin, płeć aktualna, data rozpoczęcia korzystania z mieszkania pomocniczego, data zakończenia korzystania z mieszkania pomocniczego, data wyrażenia niniejszej zgody oraz istotne informacje pochodzące z systemu Medicaid NYS oraz systemu danych klientów OASAS.

Ujawnione informacje zostaną wykorzystane **W CELU** umożliwienia wymienionym powyżej podmiotom komunikowania się w sprawie moich potrzeb w zakresie leczenia, działań, historii oraz przestrzegania założeń oceny i leczenia w celu monitorowania warunków leczenia, zwolnienia, zarządzania opieką oraz wykonywania innych obowiązków służbowych;

ORAZ

2) Wyrażam **ZGODĘ** i zezwalam na komunikację pomiędzy wymienioną powyżej **instytucją mieszkaniową** a Biuro ds. alkoholizmu i nadużywania substancji stanu Nowy Jork (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, **OASAS**); oraz na **UJAWNIEŃ** przez OASAS wyżej wymienionych **INFORMACJI** Krajowemu Centrum Leczenia Uzależnień i Nadużywania Substancji przy Uniwersytecie Columbia (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, **CASA**) **DO CELÓW** przeprowadzenia analizy Medicaid i oceny programu. Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie raporty lub badania sporządzone na podstawie moich danych, ujawnione zgodnie z niniejszym zwolnieniem, nie będą zawierały informacji umożliwiających identyfikację mojej osoby i że informacje te pozostaną poufne i będą chronione przed dalszym ujawnianiem.

Ja, niżej podpisany(-a), przeczytałem(-am) powyższe informacje i upoważniam personel podmiotów ujawniających wskazanych powyżej do pozyskiwania i ujawniania rodzajów informacji wymienionych w tym dokumencie. Rozumiem, że o ile nie określono inaczej, niniejsza zgoda pozostanie w mocy przez okres pięciu lat od podpisania przez mnie niniejszego dokumentu LUB do momentu opuszczenia przez mnie mieszkania pomocniczego, zależnie od tego, co nastąpi wcześniej, i o ile nie zostanie ona wycofana przez mnie w innym terminie.

Rozumiem też, że jakiegokolwiek ujawnienie informacji umożliwiających identyfikację mojej osoby jest ograniczone postanowieniami części 2 rozdziału 42 Kodeksu Przepisów Federalnych (Code of Federal Regulations, C.F.R.), który reguluje poufność dokumentacji medycznej związanej z nadużywaniem przez pacjenta alkoholu i narkotyków, oraz ustawy o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) części 160 i 164 rozdziału 45 Kodeksu Przepisów Federalnych (Code of Federal Regulations, C.F.R.); oraz że ponowne ujawnienie takich informacji stronom innym niż wskazane powyżej jest zabronione bez dodatkowego pisemnego upoważnienia z mojej strony.

UWAGA:

Do wszystkich informacji ujawnionych za pośrednictwem tego formularza **NALEŻY** dołączyć formularz TRS-1 dotyczący **zakazu ponownego ujawniania informacji dotyczących pacjentów uzależnionych od alkoholu / zażywających narkotyki**

Rozumiem, że zasadniczo program nie może uzależniać mojego leczenia od tego, czy podpiszę formularz zgody, ale w pewnych ograniczonych okolicznościach może mi odmówić leczenia, jeśli nie podpiszę formularza zgody. Otrzymałem(-am) kopię niniejszego formularza, co potwierdzam własnoręcznym podpisem poniżej.

(Imię i nazwisko Wnioskodawcy drukowanymi literami)

(Podpis Wnioskodawcy)

(Data)