



Biurow ds. Usług i Pomocy dla Osób Uzależnionych w stanie Nowy Jork (NYS Office of Addiction Services and Supports)
Upoważnienie do przekazywania informacji zdrowotnych

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer identyfikacyjny pacjenta
Adres pacjenta		

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składamy wniosek o przekazanie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem. Rozumiem, że:

1. Niniejsze upoważnienie może obejmować ujawnienie wszystkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, w tym, w stosownych przypadkach, mojego federalnego numeru ubezpieczenia społecznego (wyłącznie w celu dopasowania dokumentacji), wszelkich informacji dotyczących LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU i NARKOTYKÓW oraz informacji dotyczących HIV/AIDS. W przypadku gdy informacje zdrowotne opisane poniżej obejmują którykolwiek z tych rodzajów informacji, upoważniam w szczególności do przekazania tych informacji Biurowi ds. alkoholizmu i nadużywania substancji w stanie Nowy Jork (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS).

_____ Parafowanie tego wiersza oznacza, że informacje dotyczące HIV-AIDS mogą być również udostępnione OASAS. Nie ma obowiązku parafowania tego wiersza.

_____ Parafowanie tego wiersza oznacza, że , numer ubezpieczenia społecznego może być również udostępniony OASAS. Nie ma obowiązku parafowania tego wiersza.

2. Z pewnymi wyjątkami, raz ujawnione informacje zdrowotne mogą być ponownie ujawnione przez podmiot otrzymujący. Jeżeli upoważniam do ujawnienia mojego federalnego numeru ubezpieczenia społecznego, informacji dotyczących HIV/AIDS, leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków, jednostka otrzymująca nie może ponownie ujawnić takich informacji lub wykorzystać ujawnionych informacji w jakimkolwiek celu innym niż cel wskazany w niniejszym upoważnieniu bez mojej dalszej zgody, chyba że zezwala na to prawo federalne lub stanowe. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dotyczących HIV/AIDS mogą skontaktować się z Wydziałem Praw Człowieka stanu Nowy Jork pod numerem 1-888-392-3644. Ta instytucja jest odpowiedzialna za ochronę moich praw.

3. Mam prawo do wycofania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie, wysyłając pisemne powiadomienie świadczeniodawcy wymienionemu w punkcie 5. Rozumiem, że mam prawo wycofać to upoważnienie, chyba że na jego podstawie podjęto już działania.

4. Podpisanie niniejszego upoważnienia jest dobrowolne. Rozumiem, że co do zasady moje leczenie, płatność, włączenie do planu zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń nie będą uzależnione od wyrażenia przeze mnie zgody na to ujawnianie. Rozumiem jednak, że w pewnych okolicznościach może zostać mi odmówione leczenie, jeśli nie podpiszę niniejszej zgody.

5. Nazwa i adres świadczeniodawcy lub podmiotu odpowiedzialnego za udostępnianie i wymianę tych informacji:	
6. Nazwa i adres podmiotów, którym te informacje zostaną ujawnione i wymienione: Biuro ds. alkoholizmu i nadużywania substancji w stanie Nowy Jork, 1450 Western Avenue, Albany, New York 12203 Upoważniam wyżej wymieniony podmiot do poinformowania Biura ds. alkoholizmu i nadużywania substancji w stanie Nowy Jork (OASAS) o moim zapisie do tego programu leczenia, aby można było ocenić jakość usług, które otrzymuję. Wyrażam również zgodę na wszelką niezbędną komunikację pomiędzy tym ośrodkiem a OASAS w odniesieniu do mojej historii leczenia uzależnienia od alkoholu i/lub nadużywania substancji, aktualnych i proponowanych usług leczenia.	
7. Celem tego ujawnienia jest spełnienie wymogów wdrożenia inicjatywy przeprojektowania Medicaid w Nowym Jorku oraz spełnienie obowiązkowych federalnych wymogów sprawozdawczych. Przyjmując informacje objęte niniejszą zgodą do Systemu Danych Klienta NYS OASAS, NYS OASAS potwierdza, że informacje te nie mogą być ponownie ujawnione zgodnie z 42 CFR 2.32 – Zakaz ponownego ujawniania.	
8. Moje informacje zdrowotne mogą być ujawniane przez okres trzech (3) lat od ostatniej daty usługi lub do momentu odwołania.	
9. Imię i nazwisko osoby podpisującej formularz, jeśli pacjent nie składa podpisu:	10. Pełnomocnictwo do złożenia podpisu w imieniu pacjenta:

Wszystkie pozycje tego formularza zostały wypełnione, uzyskałem(-am) odpowiedź na pytania dotyczące tego formularza oraz otrzymałem(-am) kopię tego formularza.

PODPIS PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO

DATA

Oświadczenie świadka / podpis świadka: Byłem świadkiem sporządzenia niniejszego upoważnienia i stwierdzam, że kopia podpisanego upoważnienia została przekazana pacjentowi i/lub upoważnionemu przedstawicielowi pacjenta.

IMIĘ I NAZWISKO ORAZ STANOWISKO PRACOWNIKA

PODPIS

DATA

Do informacji dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków lub poufnych informacji dotyczących HIV, udostępnionych za pośrednictwem tego formularza, należy dołączyć wymagane oświadczenia dotyczące zakazu ponownego ujawnienia.