

**CONSENTEMENT À LA DIVULGATION
D'INFORMATIONS CONCERNANT
LES PATIENTS DE L'ALCOOLISME ET DE L'
UTILISATION ABUSIVE DE SUBSTANCES**

NOM DU PATIENT	PRÉNOM	I.M.
Numéro de Dossier		
Établissement		Unité

INSTRUCTIONS :

DONNER UNE COPIE DE CE FORMULAIRE AU PATIENT ! Préparez une (1) copie pour le dossier du patient. Si ce formulaire doit être envoyé à une autre agence avec une demande d'information, préparez une copie supplémentaire pour le dossier du patient.

**CONSENTEMENT DU PATIENT À LA DIVULGATION ET À L'OBTENTION D'INFORMATIONS
D'IDENTIFICATION PERSONNELLE**

L'ÉTENDUE DE LA NATURE DES INFORMATIONS À DIVULGUER OU À OBTENIR

Toutes les informations nécessaires à l'enquête sur tout incident présumé d'abus ou de négligence, ou sur tout autre incident significatif, dans lequel je pourrais être nommé(e) ou serais autrement pertinent(e).

**LA RAISON OU LA NATURE DE LA DIVULGATION/DIFFUSION ET LE NOM DES ORGANISATIONS QUI DIVULGUENT ET OBTIENNENT DES
INFORMATIONS D'IDENTIFICATION PERSONNELLE.**

- 1) Je consens à la divulgation d'informations confidentielles à, et entre, le Bureau des services et des aides aux toxicomanes de l'État de New York (Office of Addiction Services and Support, OASAS), le Bureau des services à l'enfance et à la famille (Office of Children and Family Services, OCFS), y compris son Bureau des audiences spéciales, et le Centre de justice de l'État de New York pour la protection des personnes ayant des besoins spéciaux (Justice Center, JC), y compris son Registre central des personnes vulnérables (Vulnerable Persons Central Register, VPCR), dans le but d'enquêter ou de prendre des décisions concernant tout incident présumé d'abus ou de négligence, ou tout autre incident important, dans lequel je pourrais être nommé(e) ou serais autrement pertinent(e).
- 2) Si je suis mineur(e) (moins de 18 ans), je consens également à ce que ce programme, le Bureau des services et des aides aux toxicomanes de l'État de New York (OASAS), le Bureau des services à l'enfance et à la famille (OCFS) et le Centre de justice (JC) pour la protection des personnes vulnérables informent mes parents ou mon tuteur légal de tout incident présumé d'abus ou de négligence, ou de tout autre incident important, dans lequel je pourrais être nommé(e) ou serais autrement pertinent(e).

Je, soussigné(e), ai lu ce qui précède et j'autorise le personnel de l'établissement divulgateur nommé à divulguer et à obtenir ces informations comme indiqué dans le présent document. Je comprends que je peux retirer ce consentement par écrit à tout moment, sauf dans la mesure où une action a été entreprise sur la base de ce consentement. Le présent consentement expire six (6) mois après sa signature, à moins qu'un délai, un événement ou une condition différente ne soient spécifiés ci-dessous, auquel cas ce délai, cet événement ou cette condition s'applique. Je comprends également que toute divulgation d'informations d'identification est liée au titre 42 du code des règlements fédéraux (Code of Federal Regulations, C.F.R.). Partie 2, régissant la confidentialité des dossiers des patients souffrant d'alcoolisme et atteints de troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que Loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 45 C.F.R. §§160 & 164 ; et que la redivulgation de ces informations supplémentaires à une partie autre que celles désignées ci-dessus est interdite sans autorisation écrite supplémentaire de ma part.

Période, événement ou condition prolongeant la période spécifiée ci-dessus : Achèvement d'une enquête par le Centre de justice sur une allégation d'abus ou de négligence, ou d'un autre incident important, conformément au chapitre 501 des Lois de 2012 et détermination d'une procédure en vertu de l'article 6, titre 6 de la Loi sur les services sociaux de New York.

REMARQUE : Toute information divulguée par le biais de ce formulaire **DOIT** être accompagnée du formulaire d'interdiction de re-divulgation d'informations concernant un patient alcoolique ou toxicomane (TRS-1).

Je comprends qu'en général, le programme ne peut pas conditionner mon traitement à la signature d'un formulaire de consentement, mais que dans certaines circonstances limitées, le traitement peut m'être refusé si je ne signe pas un formulaire de consentement. J'ai reçu une copie de ce formulaire, comme en témoigne ma signature ci-dessous.

(Signature du patient)

(Signature du parent / tuteur)

(Nom du Patient en lettres majuscules)

(Nom du Parent / Tuteur en lettres majuscules)

(Date)

(Date)