

NEW YORK STATE
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

**CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS
CONCERNANT
UN TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE
POUR
UN LOGEMENT SUPERVISÉ PERMANENT**

Numéro d'identification Medicaid du
demandeur/de la demandeuse

Nom, prénom et initiale du deuxième prénom du
demandeur/de la demandeuse :

Nom du membre du personnel du fournisseur de logement :

Nom et adresse du fournisseur de logement :

INSTRUCTIONS : 1) DONNER UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU DEMANDEUR/À LA DEMANDEUSE ;
2) VERSER UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU DOSSIER DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE ; ET

1) Je, soussigné(e), le demandeur/la demandeuse, **CONSENT** et autorise par la présente la communication entre et parmi le **fournisseur de logement** susmentionné, le Bureau des services et du soutien contre les addictions de l'État de New York (New York State Office of Addiction Services and Supports, OASAS), le Département de la santé de l'État de New York (Department of Health, DOH) et le Centre national de lutte contre les addictions et la toxicomanie (The National Center for Addiction and Substance Abuse, CASA) de Columbia University.

Je **CONSENS** à LA **DIVULGATION D'INFORMATIONS** concernant mes : prénom ; première initiale du second prénom ; nom de famille ; nom de jeune fille ; numéro d'identification Medicaid ; date de naissance ; numéro de Sécurité sociale ; sexe à la naissance, sexe, date de début du logement supervisé, date de fin du logement supervisé, date du présent consentement et informations pertinentes provenant du système Medicaid de l'État de New York et du système de données des clients OASAS.

Cette divulgation a pour **BUT** de permettre aux entités énumérées ci-dessus de communiquer mes besoins en matière de traitement, mes activités, mes antécédents et d'évaluer mon traitement à des fins de contrôle, de gestion de cas et pour l'exécution d'autres tâches officielles ;

ET

2) En outre, je **CONSENS** et autorise la communication entre le **fournisseur de logement** susmentionné et le Bureau des services et du soutien contre les addictions de l'État de New York (**OASAS**) ; et l'OASAS à **DIVULGUER** les **INFORMATIONS** susmentionnées au Centre national de lutte contre les addictions et la toxicomanie (**CASA**), dans le **BUT** d'analyser l'utilisation de Medicaid et d'évaluer les activités du programme. Je comprends que tous les rapports ou études compilés à partir de mes dossiers et divulgués en vertu de la présente décharge ne comprendront pas d'informations permettant de m'identifier, et que ces informations resteront confidentielles et protégées contre toute nouvelle divulgation.

Je, soussigné(e), ai lu ce qui précède et autorise le personnel des entités divulgatrices susmentionnées à divulguer, obtenir et partager ces informations comme indiqué dans le présent document. Je comprends que, sauf indication contraire, le présent consentement restera en vigueur pendant cinq ans après que j'ai signé le présent consentement OU que j'ai quitté mon unité de logement supervisé, la période la plus longue étant retenue, à moins que je ne révoque le présent consentement.

Je comprends également que la divulgation de toute information permettant de m'identifier est liée à l'Article 42 du Code des règlements fédéraux (CFR), Partie 2, concernant la confidentialité des dossiers des patients traités pour alcoolisme ou toxicomanie, ainsi qu'à la loi sur la transférabilité et la responsabilité de l'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA) de 1996, 45 C.F.R., Parties 160 et 164, et que toute redivulgation de ces informations à une autre partie que celles indiquées ci-dessus est interdite sans autorisation écrite supplémentaire de ma part.

REMARQUE : toute information divulguée par le biais de ce formulaire **DOIT** être accompagnée du formulaire **d'interdiction de redivulgation 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 un exemplaire de ce formulaire, comme en témoigne ma signature ci-dessous.

(Nom du demandeur/de la demandeuse en lettres d'imprimerie)

(Signature du demandeur/de la demandeuse)

(Date)