



**Autorisation d'obtenir/de divulguer des informations (y compris le traitement de l'alcoolisme/drogue et les troubles mentaux)  
Informations sur la santé et informations confidentielles liées au VIH/SIDA) RP-22 (10/2023)**

<b>Nom :</b>	<b>Date de naissance :</b>	<b>Numéro d'identification conscient :</b>
<b>Adresse :</b>		

Le Bureau des services d'orientation professionnelle et de formation continue pour adultes – Réadaptation professionnelle (SOPFCA-RP) a mon autorisation pour obtenir ou divulguer des informations auprès des personnes et/ou entités indiquées ci-dessous, je comprendre que:

1. Cette autorisation comprend la divulgation d'informations relatives au traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie, traitement de santé mentale et/ou informations confidentielles liées au VIH et au SIDA (comme indiqué par mes initiales dans article n°8).
2. Si j'autorise la libération d'un traitement contre l'alcoolisme et/ou la toxicomanie, un traitement de santé mentale et/ou Informations liées au VIH/SIDA, il est interdit à SOPFCA-RP de divulguer à nouveau ces informations sans mon autorisation, sauf autorisation de le faire en vertu de la loi fédérale ou de l'État.
  - a. Je comprends que j'ai le droit de demander une liste des personnes susceptibles de recevoir ou d'utiliser mes informations liées au VIH/SIDA sans mon autorisation.
  - b. Si je suis victime de discrimination en raison de la diffusion ou de la divulgation d'informations liées au VIH/SIDA informations, je peux contacter la Division des droits de l'homme de l'État de New York au (888) 392-3644, ou la Commission des droits de l'homme de la ville de New York (si l'autorisation a eu lieu au sein de la ville de New York) au (212) 416-0197.
3. J'ai le droit de révoquer mon autorisation à tout moment en avisant SOPFCA-RP par écrit. Je comprends que je pourrai révoquer mon autorisation à l'avenir, sauf dans la mesure où une action aurait déjà été prises sur la base de cette autorisation.
4. Je comprends que ma signature de cette autorisation est volontaire.

<b>5. Nom et adresse du programme ou de l'entité qui divulguera ces informations :</b>		
<b>6. Nom et adresse de la ou des personnes ou entités à qui ces informations seront divulguées :</b>		
<b>7. Objectif de la divulgation des informations :</b>		
8. Sauf révocation de ma part, les informations spécifiques peuvent être divulguées du _____ au _____ (insérer le début et la fin date, jusqu'à un an)		
Pour que les éléments suivants soient inclus, indiquez les informations spécifiques à divulguer et paraphez ci-dessous.		
	<b>Informations à divulguer</b>	<b>Initiales</b>
Dossiers du programme de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie		
Dossiers cliniques des programmes de santé mentale		
Informations relatives au VIH/SIDA		
9. Si ce n'est pas la personne, nom de la personne qui signe le formulaire :	10. Identifier la relation du signataire autorisé au nom de la personne :	



Tous les éléments de ce formulaire ont été examinés et approuvés, mes questions sur ce formulaire ont été examinées et j'ai accepté et j'ai reçu une copie du formulaire.

\_\_\_\_\_  
Signature individuelle ou représentant autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

J'ai discuté de l'exécution et de l'objet de cette autorisation avec la personne signataire ci-dessus et je confirme sa compréhension des informations à divulguer.

\_\_\_\_\_  
Nom et titre du membre du personnel

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

***Veillez noter le formulaire RP-540, Interdiction de rediffusion d'informations concernant les personnes ayant un handicap lié à la consommation de substances, doit être joint à ce formulaire lorsque SOPFCA-RP divulgue des informations relatives aux dossiers de consommation de substances de l'individu.***

**Interdiction de rediffusion :** les informations demandées ont été divulguées à partir de documents dont la confidentialité est protégée par des réglementations fédérales (42 CFR Part 2) interdisant toute divulgation ultérieure, sauf avec le consentement écrit de la personne concernée. La confidentialité de toutes les informations demandées avec cette autorisation est protégée par 34 CFR 361.38. Cette autorisation de libération est également conforme au 45 CFR 164.508