



授权书
获取/公布信息
VR-21 (10/2023)

姓名:	出生日期:	证件编码#:
地址:		

本人同意，成人职业与继续教育服务-职业康复办公室（ACCES-VR）可从/向个人、政府机构和其他必要的实体（包括客户援助计划，又称 CAP）和/或与本人职业康复相关的雇主处获取或公布信息。

本人或本人的授权代表了解到：

- 所有的信息均被视为保密信息。
- 本人的保密信息可能以电子方式发送和接收。
- 保密信息可能包括但不限于本人的残障报告、教育记录、社会保障管理信息、与假释或缓刑有关的记录、确定本人经济需求所需的文件，和/或ACCES-VR可能需要的其他信息，以确定本人是否有资格获得服务、为本人提供职业康复服务和/或将本人转介到实现或维持本人的就业目标所需的其他服务项目。
- 共享或获取的信息将仅用于协助本人实现或维持就业目标。
- 本人可以随时以书面形式通知 ACCES-VR，撤回本人对公布或获取信息的许可（注：这不会影响到经本人许可已采取的行动）。
- ACCES-VR可能需要使用从本授权书中获得的信息来管理职业康复计划。
- 除非撤回，则本授权书在本人申请受理期间始终有效。

本人已阅读本节的所有信息，并了解以下网址中的ACCES-VR 102.00保密政策

<http://www.acces.nysed.gov/vr/10200-confidentiality-policy>

在此方框内签署本人姓名首字母，即表示本人授权公开本人的医疗记录，这些医疗记录可能是本人档案的一部分。

本人在下文中的签名即证明本人理解、应允并同意公开此信息。

在签署本授权书的前提下，可以公布或获取的信息如下：

<input type="checkbox"/> 心理评估报告	<input type="checkbox"/> 职业评价报告	<input type="checkbox"/> 教育记录
<input type="checkbox"/> 本人的全部档案	<input type="checkbox"/> 其它：	

本授权的目如下：

<input type="checkbox"/> 资格审定	<input type="checkbox"/> 计划制定	<input type="checkbox"/> 转介服务
<input type="checkbox"/> 评估	<input type="checkbox"/> 个人要求	<input type="checkbox"/> 其它：

公布此信息的项目/学校的名称和地址：

信息披露对象的姓名和地址：

有关 ACCES-VR 保密政策的内容已向本人解释清楚，本人已阅读本表中的所有信息。本人的如下签名证明本人理解、应允并同意本表内容。

如非本人签字，请填写签署人姓名：

请说明与代表个人签字的授权人之间的关系：

个人或授权代表签字

日期

案) ;美国联邦法规第34卷第361.38条 ;美国联邦法规第45卷第160和第164部分 ;美国法典第42卷第290dd-2条 ;美国联邦法规第42卷第2部分 ;美国法典第38卷第7332条 ;美国联邦法规第38卷第1.475条 ;美国法典第20卷第1232g (家庭教育权利和隐私法案) ;美国联邦法规第34卷第99和第300条。此类信息是从受联邦法律保护的保密档案中披露的。联邦法规禁止进一步披露此类信息,除非是得到相关人员的明确书面同意。