



Upoważnienie do uzyskania/ujawnienia informacji VR-21 (10/2023)

Imię i nazwisko:	Data urodzenia:	Świadomy ID #:
Adres:		

Biuro Usług Kariery i Kształcenia Ustawicznego dla Dorosłych - Rehabilitacja Zawodowa (ACCES-VR) ma moją zgodę na uzyskiwanie lub udostępnianie informacji osobom fizycznym, agencjom rządowym i innym niezbędnym podmiotom (w tym Programowi Pomocy Klientom, znanemu również jako CAP) i/lub pracodawcom zaangażowanym w moją rehabilitację zawodową.

Ja lub mój upoważniony przedstawiciel rozumiemy, że:

Wszystkie informacje będą traktowane jako poufne.

Moje poufne informacje mogą być wysyłane i otrzymywane drogą elektroniczną.

Informacje te mogą obejmować między innymi raporty dotyczące mojej niepełnosprawności, dokumentację edukacyjną, informacje dotyczące ubezpieczenia społecznego, dokumentację związaną ze zwolnieniem warunkowym lub dozorem kuratorskim, dokumenty niezbędne do określenia moich potrzeb finansowych i/lub inne informacje, których ACCES-VR może potrzebować w celu określenia moich uprawnień do usług, zapewnienia mi usług rehabilitacji zawodowej i/lub skierowania mnie do innych usług niezbędnych do uzyskania lub utrzymania moich celów związanych z zatrudnieniem.

Udostępnione lub uzyskane informacje będą wykorzystywane wyłącznie w celu udzielenia mi pomocy w uzyskaniu lub utrzymaniu moich celów związanych z zatrudnieniem.

W każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę na udostępnianie lub uzyskiwanie informacji, powiadamiając o tym ACCES-VR na piśmie (Uwaga: nie będzie to miało wpływu na działania już podjęte za moją zgodą).

ACCES-VR może potrzebować informacji uzyskanych na podstawie niniejszego upoważnienia do zarządzania programem rehabilitacji zawodowej.

Niniejsze upoważnienie jest ważne przez cały okres trwania mojej sprawy, chyba że zostanie wycofane.

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

Zapoznałem(-am) się ze wszystkimi informacjami zawartymi w tej sekcji i rozumiem, że Zasady zachowania poufności ACCES-VR 102.00 znajdują się na stronie internetowej

- Parafując to pole, wyrażam zgodę na ujawnienie mojej dokumentacji medycznej, która może być częścią mojej dokumentacji.

Mój podpis poniżej potwierdza moje zrozumienie, zgodę i zgodę na ujawnienie tych informacji.

Następujące informacje, które mogą zostać ujawnione lub uzyskane, z zastrzeżeniem niniejszego podpisanego upoważnienia, są następujące:

<input type="checkbox"/> Raporty z oceny psychologicznej	<input type="checkbox"/> Raporty z oceny zawodowej	<input type="checkbox"/> Dokumentacja edukacyjna
<input type="checkbox"/> Cała dokumentacja	<input type="checkbox"/> Inne:	

Cel tego upoważnienia jest następujący:

<input type="checkbox"/> Określenie uprawnień	<input type="checkbox"/> Opracowanie planu	<input type="checkbox"/> Skierowanie na usługi
<input type="checkbox"/> Ocena	<input type="checkbox"/> Wniosek osoby fizycznej	<input type="checkbox"/> Inne:

Nazwa i adres programu/szkoły udostępniającej informacje:

Imię i nazwisko oraz adres osoby/osób, którym informacje te zostaną ujawnione:

Informacje dotyczące Polityki Poufności ACCES-VR zostały mi jasno wyjaśnione i zapoznałem się ze wszystkimi informacjami zawartymi w niniejszym formularzu. Mój podpis poniżej potwierdza zrozumienie, zgodę i przyzwolenie.

Jeśli nie jest to osoba fizyczna, imię i nazwisko osoby podpisującej formularz:	Określić relację osoby podpisującej formularz w imieniu osoby fizycznej
---	---

Niniejsze upoważnienie do uzyskiwania i ujawniania informacji zostało opracowane w celu zapewnienia zgodności z przepisami dotyczącymi ujawniania informacji o wykształceniu i innych informacji zgodnie z P.L. 104-191 (HIPAA); 34 CFR 361.38; 45 CFR części 160 i 164; 42 U.S. Code Section 290dd-2; 42 CFR część 2; 38 U.S. Code sekcja 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code sekcja 1232g (FERPA); 34 CFR części 99 i 300. Informacje te zostały ujawnione z rejestrów, których poufność jest chroniona przez prawo federalne. Przepisy federalne zabraniają dalszego ujawniania tych informacji, chyba że za wyraźną pisemną zgodą osoby, której dotyczą.