



### 授权书

## 获取/公布信息（包括酒精/药物治疗和心理健康信息以及与艾滋病毒/艾滋病有关的保密信息） VR-22（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）从以下个人和/或实体处获取或向其公布信息，并且本人了解以下内容：

1. 本授权包括披露与酗酒和/或戒毒治疗、精神健康治疗和/或与 HIV 和 AIDS 相关的保密信息（如第 8 项中本人所草签的内容所示）。
2. 如果本人授权披露酒精和/或药物治疗、精神健康治疗和/或艾滋病毒/艾滋病相关的信息，则成人职业与继续教育服务-职业康复办公室（ACCES-VR）不得在未经本人授权的情况下重新披露此类信息，除非是联邦或州法律允许。
  - a. 本人了解到，本人有权要求提供一份未经本人授权而可能接收或使用到本人艾滋病相关信息的人员名单。
  - b. 如果本人因公开或披露的艾滋病毒/艾滋病相关信息而遭受歧视，可以拨打电话（888）392-3644 联系纽约州人权处，或拨打（212）416-0197 联系纽约市人权委员会（如果授权发生在纽约市）。
3. 本人有权随时以书面通知成人职业与继续教育服务-职业康复办公室（ACCES-VR）撤销本人的授权。本人了解，可以在未来撤销本人的授权，除非已经根据该授权采取了行动。
4. 本人明白，签署该授权书是出于本人自愿。

5. 公布此信息的项目/实体的名称和地址:		
6. 信息披露对象（个人或实体）的名称和地址:		
7. 公布信息的目的:		
8. 除非是由本人撤销，否则具体信息的披露期限为从_____至_____（填写起止日期，最长一年）  如需包含以下内容，请注明要披露的具体信息，并草签本人的姓名首字母。		
	拟披露的信息	姓名首字母
<input type="checkbox"/> 酒精/药物治疗项目的记录		
<input type="checkbox"/> 心理健康项目的临床记录		
<input type="checkbox"/> 艾滋病毒/艾滋病相关的信息		
9. 如非本人签字，请填写签署人姓名:	10. 请说明与代表个人签字的授权人之间的关系:	



本表上的所有项目均已审核并获得批准，本人对于本表的问题均已得到审阅和同意，并已收到一份本表的副本。

---

个人或授权代表签字

日期

我已与上述签字人讨论了本授权书的执行和目的，并确认他们对所发布信息的理解。

---

工作人员姓名与职务

签字

日期

**请注意，如果ACCES-VR要发布与个人的物质使用记录有关的信息，则必须在本表后附上VR-540表格《禁止重新披露与残疾人士物质使用有关的信息》。**

禁止重新披露：所要求的信息已从档案中披露出来，而这些档案的保密性受美国联邦法规（联邦法规第42卷第2部分）的保护，除非得到相关人员明确的书面同意，否则不得进行进一步的披露。本授权书所要求提供的所有信息的保密性受美国联邦法规第34卷第361.38条的保护。本信息披露授权书也符合美国联邦法规的第45卷第164.508条的规定。