



Upoważnienie do uzyskiwania/wydawania informacji (w tym informacji dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków i zdrowia psychicznego oraz poufnych informacji związanych z HIV/AIDS) VR-22 (10/2023)

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

Biuro Dorosłej Kariery i Kontynuujących Usług Edukacyjnych - Rehabilitacja Zawodowa (ACCES-VR) ma moją zgodę na uzyskiwanie lub udostępnianie informacji osobom i/lub podmiotom wskazanym poniżej, rozumiem, że:

1. Ta zgoda obejmuje ujawnienie informacji dotyczących leczenia alkoholowego i/lub narkotykowego, leczenia zdrowia psychicznego oraz poufnych informacji związanych z HIV i AIDS (jak wskazano moimi inicjałami w pozycji nr 8).
2. Jeżeli upoważniam do ujawnienia informacji dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu i/lub narkotyków, leczenia zdrowia psychicznego i/lub informacji związanych z HIV/AIDS, ACCES-VR nie może ponownie ujawniać takich informacji bez mojego upoważnienia, chyba że zezwała na to prawo. upoważnienia, chyba że zezwała na to prawo federalne lub stanowe.
 - a. Rozumiem, że mam prawo zażądać listy osób, które mogą otrzymywać lub wykorzystywać moje informacje związane z HIV/AIDS bez mojej zgody.
 - b. Jeśli doświadczę dyskryminacji z powodu ujawnienia lub ujawnienia informacji związanych z HIV/AIDS, mogę skontaktować się z New York State Division of Human Rights pod numerem (888) 392-3644 lub z New York City Commission on Human Rights (jeśli autoryzacja miała miejsce w mieście NY) pod numerem (212) 416-0197.
3. Mam prawo odwołać swoje upoważnienie w dowolnym momencie, powiadamiając o tym ACCES-VR na piśmie. Rozumiem, że mogę odwołać moje upoważnienie w przyszłości, z wyjątkiem zakresu, w jakim działania mogły już zostać podjęte na podstawie niniejszego upoważnienia.

podjęte na podstawie niniejszego upoważnienia.
4. Rozumiem, że podpisanie niniejszego upoważnienia jest dobrowolne.

5. Nazwa i adres programu lub podmiotu, który ma ujawnić te informacje:		
6. Imię i nazwisko oraz adres osoby (osób) lub podmiotu, któremu informacje te zostaną ujawnione:		
7. Cel ujawnienia informacji:		
8. O ile nie wycofam zgody, określone informacje mogą być ujawniane od _____ do _____ (wstawić datę początkową i końcową, do jednego roku)		
Aby uwzględnić poniższe informacje, należy wskazać konkretne informacje, które mają zostać ujawnione, i parafować je poniżej.		
	Informacje do ujawnienia	Inicjały
<input type="checkbox"/> Rekordy z programu leczenia		
<input type="checkbox"/> Kliniczne zapiski z programów zdrowia psychicznego		
<input type="checkbox"/> Informacje związane z HIV/AIDS		
9. Jeśli to nie jest osoba, która wypełnia formularz, podaj imię i nazwisko osoby podpisującej formularz:	10. Określ relację osoby upoważnionej podpisującej w imieniu osoby:	



Wszystkie elementy tego formularza zostały przejrzane i zatwierdzone, moje pytania dotyczące tego formularza zostały przejrzane i zaakceptowane, a ja otrzymałem kopię formularza.

Podpis osoby lub upoważnionego przedstawiciela

Data

Omówiłem wykonanie i cel niniejszego upoważnienia z osobą podpisującą się powyżej i potwierdzam, że rozumie ona informacje, które mają zostać ujawnione.

Imię i nazwisko oraz tytuł pracownika

Podpis

Data

Proszę zwrócić uwagę, że formularz VR-540, Zakaz ponownego ujawniania informacji dotyczących osób z niepełnosprawnością lub używaniem substancji, musi być dołączony do tego formularza, gdy ACCES-VR ujawnia informacje dotyczące zapisów o używaniu substancji przez osobę.

Zakaz ponownego ujawniania: Żądane informacje zostały ujawnione z zapisów, których poufność jest chroniona przez federalne przepisy (42 CFR Part 2) zakazujące dalszego ujawniania, chyba że za konkretną pisemną zgodą osoby, której dotyczy. Poufność wszystkich informacji żądanych z tym upoważnieniem jest chroniona przez 34 CFR 361.38. To upoważnienie do ujawnienia jest również zgodne z 45 CFR 164.508.