透露機密資訊
用於評估中心和酒精與毒品濫用者治療與幫助法案/成人治療服務提供者
RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION
FOR ASSESSMENT CENTER AND ADATSA/ADULT TREATMENT PROVIDERS

1. 本人，_____，授權 _____
   當事人姓名

   向評估中心和/或與戒除酒精與毒品濫用服務處簽有合同的治療服務提供者透露或允許他們接收關於本人的以下資訊：酒精與毒品濫用者治療與幫助法案/成人評估與評定結果、相關的醫療健康與心理治療報告書、安置建議、治療進展情況，以及公共補助福利待遇。

   上述資訊祇可向以下機構透露：社會福利服務處、社區服務處(CSO)，以及為我提供酒精與毒品濫用者治療與幫助法案/成人評定服務、治療、醫療健康服務、職業服務、救濟所服務和保障性收款人服務的下列合同機構：

   a. 酒精與毒品濫用者治療與幫助法案/成人治療服務提供者
   b. 其他酒精與毒品濫用者治療與幫助法案/成人評定服務中心
   c. _____
   d. _____
   e. _____
   f. _____

2. 上述資訊祇可用於以下目的：
   a. 幫助本人制定我的治療計畫和管理我的個案；
   b. 在本人依據酒精與毒品濫用者治療與幫助法案、婦女懷孕與撫養子女服務計畫(PPW)和/或貧困家庭臨時輔助計畫(TANF)而接受評定、轉介、治療、醫療健康和/或職業服務的過程中，幫助協調對我的治療和照顧服務。
   c. 協助和支持本人對其他州與聯邦的補助計畫之申請；並且
   d. 就本人所接受的服務項目收集必要的計畫評估、統計數字、安置及償還方面的數據。

3. 本人授權評估中心和/或酒精與毒品濫用者治療與幫助法案/成人治療服務提供者出於本文所述的限定目的而向下列機構或人士透露或接收以下資訊：關於本人的評估與評定結果、建議，和/或治療進展情況。

☐ 4. **協調對本人的酒精與毒品濫用治療與本人的醫療照顧服務需求：**

姓名縮寫	姓名	電話號碼

街道門牌號碼	城市	州	郵遞區號

☐ 5. **用於緊急聯絡或留言：**

姓名縮寫	姓名	電話號碼

街道門牌號碼	城市	州	郵遞區號

☐ 6. **依照法庭要求，被告方辯護或緩刑監護之需而提供：**

姓名縮寫	姓名	電話號碼

街道門牌號碼	城市	州	郵遞區號

☐ 7. **用於（目的）：**

姓名縮寫	姓名	電話號碼

本人明白，我的記錄文件受聯邦與州關於資訊保密之規章（42 CFR第2部份和WAC 440-22）的保護，而且沒有本人的書面許可不得披露，除非上述規章中另有規定。本人也明白，我可以隨時撤消此項許可，除非在某種程度上已信守此項許可並採取必要的措施。此項許可將於簽署之日算起的第90天失效。本人明白，不得因我拒絕簽署此項資訊披露許可書而拒絕對本人治療的費用支付、拒絕提供治療服務、拒絕本人登記參加服務計畫的資格。

本人進一步確認，已向我充分說明了將要披露的資訊，而且此項許可由本人自願提供。

8. 當事人簽名	9. 簽名日期	10. 失效日期
11. 第二次授權簽名	12. 簽名日期	13. 失效日期