DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

Autorisation de divulgation d'informations

Authorization to Release Information

Je soussigné(e), _____ (nom du client), accepte de transmettre mes informations à _____ (prestataire) en vue de bénéficier de services et je l'autorise à partager mes informations avec le Bureau de l'aide aux réfugiés et migrants (Office of Refugee and Immigrant Assistance, ORIA) de Washington au sein du Département des services de santé et services sociaux (Department of Social and Health Services, DSHS). Je suis conscient(e) que ces informations peuvent être partagées avec d'autres prestataires financés par l'ORIA, et que l'ORIA peut transmettre mes informations au Bureau pour la relocalisation des réfugiés (Office of Refugee Resettlement, ORR) des États-Unis au sein du DSHS conformément aux exigences établies par les politiques fédérales. Mes informations partagées peuvent inclure, entre autres, les données démographiques de base, mes coordonnées et mon statut d'immigration. Mes informations seront uniquement partagées pour coordonner et accéder aux services pertinents d'un point de vue linguistique et culturel, ainsi que pour les signaler à l'ORR. Mes informations peuvent être partagées en personne, par e-mail, par voie électronique ou par courrier.

Veuillez noter : Si vos dossiers de client incluent n'importe lequel des renseignements suivants, vous devez remplir la section ci-dessous en vue d'inclure lesdits dossiers.

J'autorise la divulgation des dossiers suivants (cochez toutes les options pertinentes) :

☐ Santé mentale ☐ Résultats de tests, diagnostics et traitement touchant au VIH/SIDA et à d'autres IST

☐ Consommation abusive de substances

Veuillez cocher l'une des options suivantes :

☐ Je n'ai pas besoin des services d'un interprète et j'ai lu ce formulaire d'autorisation et le comprends parfaitement.

☐ Ce formulaire m'a été lu par un interprète (numéro/nom) _____. Cette personne ou organisation parle parfaitement l'anglais et ma langue maternelle, et je comprends absolument l'autorisation.

- La présente autorisation de divulgation d'informations est valable pour une période d'un an à compter de la date de la signature, ou jusqu'au _____.
- Je peux révoquer ou retirer cette autorisation de divulgation d'informations par écrit à tout moment, mais cela n'aura aucun effet sur les renseignements déjà divulgués.
- Une copie de ce formulaire peut autoriser la divulgation des dossiers.

Signature du client ou représentant du client	Date	Numéro de dossier ou d'étranger du client

Signature du parent ou tuteur légal	Date	Signature de l'agent du prestataire	Date

Avis destiné aux destinataires des informations : Si ces dossiers contiennent des renseignements relatifs au VIH/SIDA et à d'autres IST, vous n'avez pas le droit de divulguer à votre tour ces derniers sans recevoir l'autorisation spécifique du client. Si vous avez reçu des renseignements en lien à la consommation d'alcool ou de drogue du client, vous devez inclure la déclaration suivante au moment de divulguer les renseignements, comme requis par CFR 42 2.32 :

Ces renseignements vous ont été divulgués à partir de dossiers protégés par les règles fédérales sur la confidentialité (CFR 42 partie 2). Les règles fédérales vous interdisent de divulguer plus avant ces renseignements à moins que cela ne soit expressément permis par le consentement écrit de la personne à qui ils se rapportent ou par le CFR 42 partie 2. Une autorisation générale de divulgation de renseignements médicaux ou autres n'est PAS suffisante à cette fin. Les règles fédérales restreignent toute utilisation de ces renseignements à des fins d'une enquête criminelle ou de poursuite en justice de tout patient souffrant d'abus de drogue ou d'alcool.