DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

Autorização para divulgação de informações

Authorization to Release Information

Eu, _____ (nome do cliente), concordo em fornecer minhas informações para _____ (prestador de serviços) para receber serviços e eu autorizo a compartilhar minhas informações com o Escritório de Washington para Auxílio de Refugiados e Migrantes dentro do Departamento de Serviços Sociais e de Saúde. Entendo que estas informações podem ser compartilhadas com outros prestadores de serviços financiados para ORIA, e que o ORIA pode passar minhas informações ao Escritório dos Estados Unidos para Reestabelecimento de refugiados (ORR) dentro do Departamento de Serviços Sociais e de Saúde como um requisito de políticas federais. Minhas informações compartilhadas podem incluir, entre outras, dados demográficos básicos, informações para contato e status migratório. Minhas informações somente podem ser compartilhadas para coordenar e auxiliar no acesso multilíngue e cultural de serviços apropriados e para relatar minhas informações ao ORR. Minhas informações podem ser compartilhadas presencialmente, por correspondência ou por e-mail.

Observe: caso seus registros de cliente incluam quaisquer das informações abaixo, você também deve preencher essa seção para a inclusão desses registros.

Concedo a permissão para divulgar os seguintes registros (marque todas as opções aplicáveis):

☐ Saúde mental ☐ Resultados de testes, diagnóstico ou tratamento de HIV/AIDS e DST

☐ Transtornos por uso de substâncias

Marque uma das seguintes opções:

☐ Não preciso de serviços de interpretação e li e compreendi este formulário de consentimento na íntegra.

☐ Este formulário foi lido a mim por um(a) intérprete número/nome _____. Esta pessoa ou organização é fluente em inglês e no meu idioma nativo, e entendi o consentimento na íntegra.

- Esta autorização para divulgação de informações é validada por um ano a partir da data de assinatura ou até _____.
- Posso revogar ou remover esse consentimento a qualquer hora por escrito, mas isso não afetará quaisquer informações já compartilhadas.
- Uma cópia desse formulário é válida para autorizar o compartilhamento de registros.

Assinatura do cliente/seu representante	Data	Número do caso do cliente ou estrangeiro

Assinatura do(a) pai/mãe ou tutor legal	Data	Assinatura do(a) prestador(a) de serviço	Data

Aviso aos destinatários das informações: caso esses registros contenham informações sobre HIV, DSTs ou AIDS, você não está autorizado a divulgar essas informações sem a permissão específica do cliente. Caso você tenha recebido informações relacionadas a abuso de drogas ou álcool por parte do cliente, você deve incluir a seguinte declaração ao divulgar mais informações conforme necessário pela 42 CFR 2.32:

Essas informações foram divulgadas para você a partir de registros protegidos pelas leis federais de confidencialidade (42 CFR parte 2). As leis federais proíbem que você faça qualquer outra divulgação dessas informações, exceto caso expressamente permitida por consentimento escrito do indivíduo proprietário ou permitido pela 42 CFR parte 2. Uma autorização geral para a liberação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para essa finalidade. As leis federais restringem qualquer uso de informações para investigar criminalmente ou processar qualquer paciente por abuso de álcool ou drogas.