DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

Autorizare pentru transmiterea de informații

Authorization to Release Information

Subsemnatul/subsemnata _____ (numele clientului),

sunt de acord să furnizez informații către _____ (prestatorul de servicii) pentru a beneficia de servicii și îi acord permisiunea de a comunica informațiile mele către Biroul de asistență pentru refugiați și imigranți (ORIA) de la Washington, din cadrul Departamentului de servicii sociale și de sănătate. Confirm că aceste informații pot fi comunicate altor prestatori de servicii finanțați de ORIA și că ORIA poate să raporteze informațiile mele Biroului pentru relocarea refugiaților (ORR) din cadrul Departamentului de servicii sociale și de sănătate conform celor impuse de politicile federale. Informațiile comunicate sunt informații demografice de bază, date de contact și informații privind statutul de imigrant, fără a se limita la acestea. Informațiile mele vor fi comunicate exclusiv cu scopul de a coordona și a oferi asistență pentru accesarea serviciilor multilingve și corespunzătoare din punct de vedere cultural și pentru raportarea informațiilor mele către ORR. Informațiile pot fi comunicate personal, prin e-mail, pe cale electronică sau prin poștă.

Rețineți: În cazul în care înregistrările dumneavoastră în calitate de client includ oricare dintre următoarele informații, trebuie să completați și această secțiune, pentru a include aceste înregistrări.

Permit prezentarea următoarelor înregistrări (bifați-le pe toate cele care se aplică):

☐ Sănătate mintală ☐ Înregistrări privind rezultatele testelor de depistare, diagnosticarea sau tratamentul HIV/SIDA și a bolilor cu transmitere sexuală (BTS)

☐ Tulburări legate de consumul de substanțe

Bifați una dintre următoarele opțiuni:

☐ Nu am nevoie de servicii de interpretariat, am citit prezentul formular de consimțământ și îl înțeleg pe deplin.

☐ Prezentul formular mi-a fost citit de interpretul cu numărul/numele _____. Această persoană sau această organizație vorbește limba engleză și limba mea maternă fluent, iar eu înțeleg consimțământul pe deplin.

- Prezenta autorizare pentru transmiterea de informații este valabilă timp de un an de la data semnării sau până la _____.
- Pot revoca sau retrage prezenta autorizare pentru transmiterea de informații în orice moment, în scris, dar aceasta nu va aduce atingere niciunei informații care a fost deja comunicată.
- Un exemplar al acestui formular constituie permisiunea mea valabilă privind comunicarea înregistrărilor.

Semnătura clientului/reprezentantului clientului Dată	Numărul de caz sau numărul de imigrant al clientului
Semnătura părintelui sau a tutorelui legal Dată	Semnătura personalului prestatorului de servicii Dată

Notificare către destinatarii informațiilor: În cazul în care aceste înregistrări conțin informații cu privire la HIV, BTS (boli cu transmitere sexuală), sau SIDA, nu puteți prezenta acele informații fără permisiunea expresă a clientului. În cazul ați primit informații referitoare la consumul abuziv de droguri sau de alcool de către client, trebuie să includeți următoarea declarație atunci când prezentați informații în conformitate cu 42 CFR 2.32:

Aceste informații v-au fost prezentate din înregistrări protejate de normele federale privind confidențialitatea (42 CFR partea 2). Normele federale vă interzic să prezentați mai departe aceste informații, cu excepția cazului în care prezentarea ulterioară este permisă în mod expres în baza consimțământului scris al persoanei la care se referă sau în alt mod permis de 42 CFR partea 2. O autorizare generală pentru transmiterea de informații medicale sau a altor informații NU este suficientă în acest sens. Normele federale restricționează orice utilizare a informațiilor în vederea cercetării sau urmăririi penale a oricărui pacient care a consumat abuziv droguri sau alcool.