DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

Разрешение на передачу информации

Authorization to Release Information

Я, _____ (имя и фамилия клиента), соглашаюсь передавать свою информацию _____ (поставщик услуг) в целях получения услуг, и даю поставщику услуг разрешение на раскрытие моей информации Управлению по оказанию помощи беженцам и иммигрантам штата Вашингтон (Washington Office of Refugee and Immigrant Assistance, ORIA) при Департаменте социального обеспечения и здравоохранения. Я понимаю, что эта информация может быть передана поставщикам услуг ORIA, и что ORIA может передать мою информацию в Управление по переселению беженцев (U.S. Office of Refugee Resettlement, ORR) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США, чтобы исполнить требования федерального законодательства. Такая информация может включать в себя, помимо прочего: демографические данные, контактные данные и иммиграционный статус. Мою информацию будут передавать только в целях координации и оказания помощи при доступе к услугам, оказываемым на нескольких языках и с учетом культурных особенностей, и для сообщения моей информации в ORR. Моя информация может передаваться личным вручением, по электронной почте или по почте.

Обратите внимание: Если ваши записи клиента включает что-либо из указанного ниже, то вы обязаны заполнить этот раздел, чтобы включить такие записи.

Я разрешаю раскрытие следующей информации (отметьте все, что применимо):

☐ Информацию о состоянии психического здоровья. ☐ Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем, а также диагнозы и данные о лечении этих заболеваний.

☐ Информацию о расстройстве, связанное с употреблением психоактивных веществ.

Выберите одно из следующего:

☐ Мне не требуются услуги устного перевода и я прочитал(а) эту форму согласия на передачу данных и полностью понимаю ее содержание.

☐ Эта форма была прочитана мне устным переводчиком под номером / по имени _____. Это лицо или организация уверенно владеет как английским, так и моим родным языком, и я полностью понимаю текст формы согласия на передачу данных.

- Это разрешение на передачу данных действительно в течение одного года с даты его подписания или до _____.
- Я могу в любое время в письменной форме отозвать или отменить это разрешение на передачу информации, но это не окажет воздействия на информацию, которая была раскрыта.
- Копия этой формы действительна в качестве моего разрешения на обмен информацией.

Подпись клиента / представителя клиента Дата	Номер дела клиента или регистрационный номер иностранца
Подпись родителя или законного опекуна Дата	Подпись сотрудника поставщика услуг Дата

Уведомление для получателей информации: Если в этих документах содержатся сведения о ВИЧ, ЗППП или СПИД, вы не имеете права на дальнейшую передачу такой информации без специального разрешения клиента. Если вы получили информацию, касающуюся злоупотребления наркотиками или алкоголем со стороны клиента, то для дальнейшей передачи такой информации вы обязаны включить следующее заявление, требуемое разделом 42 CFR 2.32:

Эта информация передана вам из документов, подпадающих под федеральные требования о защите конфиденциальности (согласно части 2 раздела 42 CFR). Федеральные требования запрещают дальнейшую передачу этой информации без специального письменного согласия лица, к которому она относится, либо иного основания, отраженного в Части 2 раздела 42 CFR. Общего разрешения на передачу медицинской и иной информации НЕДОСТАТОЧНО для этой цели. Согласно федеральным нормативным документам, эту информацию запрещено использовать для какого бы то ни было уголовного расследования и преследования любых пациентов, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками.