DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

Дозвіл на розкриття інформації

Authorization to Release Information

Я, _____ (Ім'я та прізвище клієнта),

погоджуюся надати свою інформацію _____ (Постачальник послуг) для отримання послуг і даю їм дозвіл передавати мою інформацію до Управління допомоги біженцям та іммігрантам штату Вашингтон (Washington Office of Refugee and Immigrant Assistance, ORIA) у складі Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services). Я підтверджую, що ця інформація може бути передана іншим постачальникам послуг, що фінансуються ORIA, і що ORIA може передавати мою інформацію до Управління з питань переселення біженців США (U.S. Office of Refugee Resettlement, ORR) у складі Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб (Department of Health and Human Services) відповідно до вимог федеральної політики. Інформація, якою можуть ділитися, може включати, але не обмежується: основною демографічною інформацією, контактними даними та імміграційним статусом. Моя інформація буде передаватися лише для координації та сприяння доступу до багатомовних та культурно відповідних послуг, а також для повідомлення моєї інформації до ORR. Моя інформація може бути передана особисто, електронною поштою або в електронному вигляді, або поштою.

Пам'ятайте: якщо ваші клієнтські записи містять будь-яку з наступної інформації, ви повинні заповнити цей розділ, щоб включити ці записи.

Я надаю дозвіл на розкриття наступних записів (позначте все, що застосовується):

☐ Психічне здоров'я ☐ Результати аналізів на ВІЛ/СНІД та ХПСШ, а також записи про діагнози та лікування

☐ Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин

Будь ласка, оберіть один із наступних варіантів:

☐ Мені не потрібні послуги перекладача, я прочитав(ла) цю форму згоди та повністю її розумію.

☐ Цю форму мені зачитав перекладач номер / ім'я та прізвище _____. Ця особа або організація вільно володіє англійською та моєю рідною мовою, і я повністю розумію цю згоду.

- Цей дозвіл на розкриття інформації дійсний протягом одного року з дати підписання або до _____.
- Я можу будь-коли письмово відкликати або скасувати цей дозвіл на розкриття інформації, але це не вплине на будь-яку вже розкриту інформацію.
- Копія цієї форми є дійсною для надання мого дозволу на розкриття записів.

Підпис клієнта / представника клієнта Дата	Номер справи клієнта або номер іноземця (Alien Number)
Підпис батька/матері або законного опікуна Дата	Підпис працівника постачальника послуг Дата

Повідомлення для отримувачів інформації: якщо ці записи містять інформацію про ВІЛ, ХПСШ або СНІД, ви не можете розголошувати цю інформацію без спеціального дозволу клієнта. Якщо ви отримали інформацію, пов'язану зі зловживанням клієнтом наркотиками або алкоголем, ви повинні включити наступну заяву під час подальшого розкриття інформації, як того вимагає 42 CFR 2.32:

Ця інформація була розкрита вам із записів, захищених федеральними правилами про забезпечення конфіденційності (42 CFR частина 2). Федеральні правила забороняють вам здійснювати будь-яке подальше розкриття цієї інформації, якщо таке розкриття прямо не дозволене письмовою згодою особи, якої вона стосується, або іншим чином не дозволене відповідно до 42 CFR частина 2. Загальний дозвіл на розкриття медичної чи іншої інформації НЕ є достатнім для цієї мети. Федеральні правила обмежують будь-яке використання інформації для кримінального розслідування або переслідування будь-якого пацієнта, який зловживає алкоголем або наркотиками.