

Nom du/de la patient(e) :	Date de naissance :	Numéro de Sécurité sociale (quatre derniers chiffres) :
Adresse :	Numéro d'identifiant du/de la client(e) (CIN) :	Numéro d'identifiant du handicap (DIN) :

Je, ou mon/ma représentant(e) légal(e), demande à ce que des informations médicales concernant mes soins et traitements soient communiquées, conformément à ce qui est indiqué sur le présent formulaire. Conformément à la Loi de l'État de New York et la Règle de confidentialité de la Loi sur la transférabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, je comprends que :

1. La présente autorisation peut inclure la divulgation d'informations relatives à l'alcoolisme et la toxicomanie, un traitement pour trouble de la santé mentale, à l'exception des notes de psychothérapie, ainsi que des informations confidentielles relatives au VIH, sauf si je coche la ou les cases appropriées de la rubrique 9(c). Autrement, dans le cas où les informations médicales décrites ci-dessous (à la rubrique 9(a)) comprennent ces types de renseignements, et si je paraphrase la ligne prévue à cet effet à la rubrique 9(b), j'autorise spécifiquement la communication de telles informations aux personnes morales ou physiques indiquées à la rubrique 8.
2. Dans le cas où j'autoriserais la communication d'informations relatives à un traitement en lien avec le VIH, à un traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie ou à un traitement psychiatrique ou psychologique, le destinataire de ces informations n'est pas autorisé à les divulguer à nouveau sans mon autorisation, à moins que la loi fédérale ou étatique ne l'autorise à le faire. Je comprends que j'ai le droit de demander la liste des personnes susceptibles de recevoir ou d'utiliser mes informations en matière de VIH sans autorisation. Dans le cas où je serais victime de discrimination suite à la communication d'informations relatives au VIH, je peux m'adresser à la Division des droits de l'homme de l'État de New York (New York State Division of Human Rights) au 1 888 392 3644 ou au 1 718 741 8300 (téléscripteur/service ATS).
3. J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en écrivant au prestataire de soins de santé indiqué ci-dessous à la rubrique 7. Je comprends que je peux révoquer la présente autorisation, sauf pour les mesures qui ont déjà été prises sur la base de cette autorisation. Sauf révocation antérieure, la présente autorisation expirera à l'achèvement de cette détermination ou de cet examen, ou un an après la date de signature de ce formulaire, selon l'hypothèse qui se réalise en premier.
4. Je comprends que la signature de cette autorisation est volontaire. Je comprends que le Bureau d'examen des handicaps de l'État de New York exige que ce formulaire soit rempli pour réunir les informations de santé nécessaires en vue d'établir l'existence d'un handicap. Je comprends qu'en l'absence de cette autorisation, mon admissibilité aux prestations Medicaid peut s'en trouver affectée.
5. Les renseignements communiqués en vertu de cette autorisation peuvent être à nouveau divulgués par le Département de la santé (sauf dans les cas prévus au point 2), et ces renseignements à nouveau divulgués peuvent ne plus être protégés par la législation fédérale ou étatique.
6. La présente autorisation ne vous autorise pas à discuter des informations relatives à mon état de santé ou de mes soins médicaux avec quiconque en dehors de l'agence gouvernementale précisée à la rubrique 9(b).

7. Nom et adresse du prestataire de soins de santé ou de l'entité autorisé(e) à divulguer ces informations :

8. Nom et adresse de la ou des personnes ou de l'agence auxquelles ces informations seront envoyées :

State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(a). Informations spécifiques à communiquer :

- Dossiers médicaux du _____ (date) au _____ (date).
- Le dossier médical complet, y compris les antécédents du patient ou de la patiente, les notes de bureau (hors notes de psychothérapie), les résultats d'exams, les études radiologiques, les clichés radiologiques, les recommandations, les consultations, les relevés de facture, les dossiers d'assurance et les dossiers qui vous ont été envoyés par d'autres prestataires de soins médicaux.
- Autre : _____

9(b). Autorisation à discuter des informations médicales :

En paraphant ici _____, j'autorise _____
(NOM DE LA PERSONNE OU DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ)

à discuter de mes informations médicales avec le **Bureau d'examen des handicaps de l'État de New York**.

9(c). Je ne consens pas à la divulgation des informations suivantes Traitement contre l'alcoolisme et la toxicomanie Informations sur un trouble de la santé mentale Informations relatives au VIH
(veuillez cocher les cases appropriées) :

10. Motif de la divulgation des informations : À la demande de la personne Autre : _____

11. Finalité de l'utilisation ou de la divulgation : **Détermination et examen d'un handicap**

12. Nom du signataire (en caractères d'imprimerie) de ce formulaire s'il ne s'agit pas du patient ou de la patiente :

13. Type d'autorité à signer au nom du patient ou de la patiente :

Toutes les rubriques de ce formulaire ont été dûment remplies et j'ai obtenu des réponses à mes questions concernant ce formulaire.

J'autorise l'établissement ou la personne indiqué(e) sur cette page à divulguer au Bureau d'examen des handicaps du Département de la santé de l'État de New York les informations médicales de la personne nommée sur cette page.

SIGNATURE DU/DE LA PATIENT(E) OU DE SON/SA REPRÉSENTANT(E) LÉGAL(E)

DATE

Le formulaire « Autorisation de divulgation d'informations médicales et d'informations confidentielles relatives au VIH » permet à vos prestataires de soins de santé (hôpitaux, médecins, thérapeutes, etc.) d'envoyer des copies de vos dossiers médicaux à l'équipe du Bureau d'examen des handicaps de l'État de New York. Ces dossiers médicaux aideront l'équipe du Bureau d'examen des handicaps de l'État de New York à établir si vous souffrez d'un handicap. Vous devrez remplir et renvoyer l'un de ces formulaires à chacun de vos prestataires de soins de santé avant d'envoyer vos dossiers médicaux.

La zone de texte située en haut du formulaire sera remplie. Si les informations sont erronées, veuillez barrer d'une ligne ce qui est faux et inscrire les informations correctes.

Veillez lire les informations indiquées aux points 1 à 6 sous la zone de texte en haut avant de remplir le reste du formulaire. Ces paragraphes vous donnent des informations sur le type de renseignements médicaux que vous pouvez choisir de transmettre à vos prestataires de soins de santé, vos droits pour autoriser la communication de vos dossiers médicaux et la manière de révoquer cette autorisation, ainsi que les personnes et entités autorisées à consulter vos informations médicales.

- 7) Veuillez indiquer le nom et l'adresse du prestataire de soins de santé qui communiquera vos dossiers médicaux à l'équipe du Bureau d'examen des handicaps de l'État de New York.
Veillez remplir un formulaire pour chacun de vos prestataires de soins de santé.
-
- 8) Précisez le prestataire de soins de santé auquel les dossiers médicaux seront envoyés. Cette zone sera déjà remplie sur la base des informations dont dispose l'équipe du Bureau d'examen des handicaps de l'État de New York.
-
- 9a) • Si vous souhaitez que le prestataire de soins de santé communique vos dossiers médicaux pendant une période précise, veuillez cocher la première case et saisir les dates relatives à cette période. En vue d'établir l'existence d'un handicap, au moins 12 mois de dossiers médicaux sont nécessaires pour la période au cours de laquelle le handicap est établi.
- Si vous souhaitez que le prestataire de soins de santé communique votre dossier médical complet, veuillez cocher la deuxième case.
- Si vous souhaitez que le prestataire de soins de santé communique d'autres informations, veuillez cocher la troisième case (Autre) et préciser les renseignements que le prestataire de soins de santé doit envoyer.
-
- 9b) Si vous souhaitez autoriser votre prestataire de soins de santé à discuter avec un membre de l'équipe du Bureau d'examen des handicaps de l'État de New York, veuillez apposer vos initiales et le nom de votre prestataire de soins de santé sur les lignes prévues à cet effet.
-
- 9c) À la rubrique 9(c), veuillez cocher les cases relatives au type de renseignements médicaux que votre prestataire de soins de santé n'est pas autorisé à communiquer.
-
- 10) Veuillez cocher la case si la personne a demandé la communication des informations, ou veuillez cocher « Autre » et indiquer le motif de la demande.
-
- 11) Cette demande a pour finalité d'établir l'existence d'un handicap et de procéder à un examen.
-
- 12) Si vous n'êtes pas le/la patient(e) qui remplit le formulaire pour demander les dossiers médicaux, veuillez indiquer votre nom en caractères d'imprimerie.
-
- 13) Si vous êtes le/la représentant(e) légal(e) du/de la patient(e), veuillez préciser votre relation avec le/la patient(e). À titre d'exemple, si le/la patient(e) est un enfant et que vous êtes l'un des parents, veuillez indiquer « parent ». Si vous êtes le tuteur légal du/de la patient(e), veuillez indiquer « tuteur légal ».
-

Si vous souhaitez que le prestataire de soins de santé vous envoie vos dossiers médicaux, ce formulaire doit être signé et daté par le patient (ou la patiente) ou par son représentant légal.