

Patient Name:	Date of Birth:	Social Security Number (Last four digits):
Address:	Client ID Number(CIN):	Disability ID Number(DIN):

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składamy wniosek o przekazanie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem. Zgodnie z przepisami obowiązującymi w stanie Nowy Jork i zasadą prywatności wynikającą z ustawy Health Insurance Portability and Accountability Act z 1996 r. (HIPAA) rozumiem, że:

1. To upoważnienie może obejmować ujawnienie informacji dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz leczenia chorób psychicznych, oprócz notatek z psychoterapii, jak również poufnych informacji dotyczących HIV, jeśli nie zaznaczę odpowiedniego pola (pól) w części 9(c). W przeciwnym razie, jeśli informacje zdrowotne wymienione poniżej, w części 9(a), obejmują którykolwiek z tych rodzajów informacji, to stawiając parafkę na linii obok pola w części 9(b), jednoznacznie upoważniam do udostępniania takich informacji osobie (osobom) lub instytucji wskazanym w części 8.
2. Jeśli wyrażam zgodę na ujawnienie informacji dotyczących HIV, leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków bądź leczenia chorób psychicznych, odbiorca nie może przekazywać dalej takich informacji bez mojej zgody, chyba że jest to dozwolone na mocy prawa federalnego lub stanowego. Rozumiem, że mam prawo zażądać listy osób, które mogą otrzymać lub wykorzystać moje informacje dotyczące HIV bez upoważnienia. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dotyczących HIV mogę się skontaktować z Wydziałem Praw Człowieka stanu Nowy Jork pod numerem (888) 392-3644 lub w systemie TDD/TTY pod numerem (718) 741-8300.
3. Mam prawo do wycofania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie, wysyłając pisemne powiadomienie do świadczeniodawcy wymienionego w części 7. Rozumiem, że mam prawo wycofać to upoważnienie, chyba że na jego podstawie podjęto już działania. Jeśli upoważnienie nie zostanie wcześniej wycofane, wygaśnie po zakończeniu procesu orzekania/weryfikacji lub po upływie roku od daty podpisania, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.
4. Rozumiem, że podpisanie tego upoważnienia jest dobrowolne. Rozumiem, że stanowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności wymaga wypełnienia tego formularza w celu uzyskania informacji dotyczących zdrowia potrzebnych do orzeczenia o niepełnosprawności. Rozumiem, że brak niniejszego upoważnienia może mieć wpływ na dostępność świadczeń Medicaid.
5. Informacje ujawnione na mocy tego upoważnienia mogą zostać przekazane dalej przez Wydział Zdrowia (z wyjątkiem przypadków wymienionych w punkcie 2), przy czym takie ujawnienie może nie podlegać dalszej ochronie na mocy przepisów federalnych lub stanowych.
6. Niniejsze upoważnienie nie upoważnia do omawiania moich informacji zdrowotnych lub opieki medycznej z kimkolwiek innym niż agencja rządowa wymieniona w części 9(b).

7. Nazwa i adres świadczeniodawcy lub podmiotu odpowiedzialnego za udostępnianie tych informacji:

8. Imię i nazwisko oraz adres osoby (osób) lub nazwa i adres agencji, do których zostaną przesłane te informacje:
State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(a). Konkretną informację, które mają zostać udostępnione:

- Dokumentacja medyczna od _____ (data) do _____ (data).
- Cała dokumentacja medyczna, w tym historia choroby, notatki z gabinetu (z wyjątkiem notatek z psychoterapii), wyniki badań, badania radiologiczne, filmy, skierowania, konsultacje, rachunki, rejestry ubezpieczeniowe i dokumenty przesłane do Ciebie przez innych członków personelu medycznego.
- Inne: _____

9(b). Upoważnienie do omawiania informacji dotyczących zdrowia:

Parafując w tym miejscu _____, upoważniam _____
(IMIĘ I NAZWISKO OSOBY / NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY)
do omawiania informacji dotyczących mojego zdrowia ze **stanowym zespołem ds. orzekania o niepełnosprawności**.

9(c). Nie wyrażam zgody na ujawnianie (zaznacz wszystkie pola, których to dotyczy).

- Leczenie uzależnienia od alkoholu/narkotyków Informacje dotyczące zdrowia psychicznego Informacje dotyczące HIV

10. Powód ujawnienia informacji: Na prośbę zainteresowanego Inny: _____

11. Cel wykorzystania/ujawnienia: **Disability Determination and Review**

12. Imię i nazwisko osoby podpisującej ten formularz, jeśli pacjent nie składa podpisu (drukowanymi literami):

13. Rodzaj upoważnienia do złożenia podpisu w imieniu pacjenta:

Wszystkie części tego formularza zostały wypełnione i uzyskałem(-am) odpowiedź na pytania dotyczące tego formularza.

Upoważniam instytucję/osobę wymienioną na tej stronie do ujawnienia informacji dotyczących zdrowia osoby wymienionej na tej stronie stanowemu zespołowi ds. orzekania o niepełnosprawności przy Wydziale Zdrowia Stanu Nowy Jork.

PODPIS PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO

DATA

Formularz „Upoważnienie do ujawniania informacji dotyczących zdrowia oraz informacji poufnych dotyczących HIV” stanowi zgodę na wysyłanie przez świadczeniodawców usług medycznych (szpitale, lekarze, terapeuci itp.) kopii dokumentacji medycznej do stanowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności. Dokumentacja ta pomoże w ustaleniu przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności, czy jesteś niepełnosprawny(-a). Będziesz musiał(a) wypełnić i wysłać po jednym formularzu do każdego świadczeniodawcy, który będzie wysyłał dokumentację medyczną.

Pole u góry formularza będzie wypełnione. Jeśli informacje są błędne, proszę przekreślić to, co jest błędne, i wpisać właściwą informację.

Przeczytaj informacje zawarte w punktach 1-6 pod polem u góry strony, zanim wypełnisz resztę formularza. Z tych ustępów dowiesz się, jaki typ informacji możesz wybrać do wysyłania przez świadczeniodawcę, jakie przysługują Ci prawa w związku z upoważnieniem do ujawniania dokumentacji medycznej i jak możesz wycofać upoważnienie, a także kto może mieć wgląd w informacje na temat Twojego zdrowia.

- 7) Proszę podać nazwę i adres świadczeniodawcy, który ma wysyłać dokumentację medyczną do stanowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności. Proszę wypełnić po jednym formularzu dla każdego świadczeniodawcy.
-
- 8) Informacja dla świadczeniodawcy, któremu należy wysłać dokumentację medyczną. To pole będzie już zawierać informację podaną przez stanowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności.
-
- 9a) • Jeśli chcesz, żeby świadczeniodawca wysyłał dokumentację medyczną przez pewien okres, zaznacz pierwsze pole i wpisz daty wyznaczające ten przedział czasu. Do orzeczenia o niepełnosprawności potrzebna jest dokumentacja z co najmniej 12 miesięcy za okres, w którym ma być orzeczona niepełnosprawność.
- Jeśli chcesz, by świadczeniodawca wysłał całą dokumentację medyczną, zaznacz drugie pole.
 - Jeśli chcesz, by świadczeniodawca wysyłał jakiegokolwiek inne informacje, zaznacz trzecie pole (Inne) i wpisz, jakie informacje ma wysłać świadczeniodawca.
-
- 9b) Jeśli chcesz zezwolić świadczeniodawcy na rozmowę z kimś ze stanowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, postaw parafkę i wpisz nazwę świadczeniodawcy w zaznaczonej linii.
-
- 9c) W punkcie 9(c) zaznacz pola dla typu informacji, na których wysyłanie świadczeniodawca nie otrzymuje zgody.
-
- 10) Zaznacz odpowiednie pole, jeśli informacja ma być udostępniona na prośbę zainteresowanego lub zaznacz Inne i wskaż powód prośby.
-
- 11) Celem tego wniosku jest orzeczenie i weryfikacja niepełnosprawności.
-
- 12) Jeśli wypełniasz formularz z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, nie będąc pacjentem, wpisz drukowanymi literami swoje imię i nazwisko.
-
- 13) Jeśli jesteś przedstawicielem prawnym pacjenta, podaj swój stosunek prawny wobec pacjenta. Na przykład, gdy pacjent jest dzieckiem, a Pan/Pani jesteś rodzicem, proszę wpisać rodzic. Jeśli jesteś opiekunem prawnym pacjenta, wpisz opiekun prawny.
-

Jeśli chcesz, by świadczeniodawca usług medycznych wysyłał dokumentację, formularz musi być podpisany i datowany przez pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego.