

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

我或我的授权代表要求按以下方式披露我的护理和治疗相关健康信息。根据 New York State Law 《纽约州法律》和 1996 年的 Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) 《健康保险携带和责任法案》的隐私规定，我了解：

- 除非我勾选第 9(c) 条的相关方框，否则本授权可能包括披露与酒精和药物滥用、心理健康治疗（心理治疗笔记除外）以及机密 HIV 相关信息有关的信息。此外，如果下述（位于第 9(a) 条中）健康信息包括这类信息，并且我已第 9(b) 条方格的相关行中签名，即表示我特别授权向第 8 条中所列的人员或实体披露这类信息。
- 如果我授权披露 HIV 相关、酒精或药物滥用治疗、心理健康治疗信息，除非联邦或州法律允许，否则未经我的授权，信息接收者不得再披露这些信息。我了解，我有权利要求获得一份可能未经授权而接收或使用本人 HIV 相关信息的人员名单。如果我遇到因公布或披露 HIV 相关信息而被歧视的情况，我可以致电联系 New York State Division of Human Rights (纽约州人权署)，电话：(888) 392-3644 或 TDD/TTY (718) 741-8300。
- 我有权随时向下面第 7 条中列出的医疗护理提供方书面撤回本授权。我了解，除了已根据本授权采取的行动之外，我可以撤回本授权。如果以前没有撤回，该授权将在此确定/审查完成后或本表格签字之日起一年后（以较早时间为准）到期。
- 我了解，签署本授权纯属自愿。我了解 State Disability Review Unit 要求填写本表格以收集进行残障确定所需的健康信息。我了解，若无本授权，我获得 Medicaid 福利的资格可能会受到影响。
- 依据本授权披露的信息可能被 Department of Health (卫生署) 再披露（上面第 2 项所述除外），并且这种再披露不再受联邦或州法律的保护。
- 本授权并未授权您与第 9 (b) 条中指定的政府机构以外的任何其他人讨论我的健康信息或医疗护理。

7. 获授权披露此信息的医疗保健提供者或实体的名称和地址：

8. 接收此信息的人员或机构的名称和地址：

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

9(a). 要披露的具体信息：

- 医疗记录期间：\_\_\_\_\_（日期）至\_\_\_\_\_（日期）。
- 整个医疗记录，包括病史、医院记录（心理治疗记录除外）、测试结果、放射检测、成像、转诊、咨询、帐单记录、保险记录以及其他医疗护理提供方发送给您的记录。
- 其他：\_\_\_\_\_

9(b). 授权讨论健康信息：

通过此处的姓名缩写签名，\_\_\_\_\_, 我授权 \_\_\_\_\_  
(个人/医疗护理提供方的名称)

与 State Disability Review Unit 讨论我的健康信息。

9(c). 我不同意披露（勾选所有适用方框）：  
 酒精/药物滥用治疗       心理健康信息       HIV 相关信息

10. 披露信息的原因：  
 应个人要求       其他：\_\_\_\_\_

11. 使用/披露目的：  
**残障确定和审查**

12. 如非患者本人，签署此表格人员的姓名（正楷）：

13. 代表患者签名的授权类型：

本表格的所有部分均已填写，我关于本表格的疑问已得到答复。

我授权本页注明的机构/人员向 New York State Department of Health State Disability Review Unit 披露本页指定人员的健康信息。

患者或法律授权的代表签名

日期

“授权披露健康信息和机密 HIV 相关信息”表格允许您的医疗保健提供者（医院、医生、治疗师等）将您的健康记录的副本发送到 State Disability Review Team（州残障审查小组）。这些健康记录将有助于 Disability Review Team 确定您是否为残障人士。您将需要填写这些表格并将其中一份表格发送给需要将其包括在您的医疗记录中的每个医疗保健提供者。

表格顶部的方框内容需要填写。如果信息错误，请划线删除错误内容并填写正确信息。

在填写表格剩余部分之前，请先阅读顶部方框下第 1 至 6 项的信息。这些段落介绍了您可以选择将由您的医疗保健提供者发送的健康信息类型、您授权披露您的健康记录的权利和如何停止此授权以及允许哪些人查看您的健康信息。

7) 请填写负责将您的健康记录发送给 State Disability Review Team 的医疗保健提供者的名称及地址。  
**请分别针对您的每一位医疗保健提供者填写一份表格。**

8) 请告知医疗保健提供者谁是健康记录的接收者。此方框将会预先填好 State Disability Review Team 的信息。

9a) •如果您希望医疗保健提供者在特定时间段内发送您的医疗记录，请勾选第一个方框并输入该时间段的起止日期。为确定残障情况，在确定残障情况的时间段内至少需要 12 个月的健康记录。

•如果您希望医疗保健提供者发送您的整个医疗记录，请勾选第二个方框。

•如果您希望医疗保健提供者发送您的其他任何信息，请勾选第三个方框（其他），并填写将由医疗保健提供者发送的信息。

9b) 如果您想允许医疗保健提供者与 State Disability Review Team 的某个成员进行交谈，请在提供的横线上草签您的姓名以及医疗保健提供者的名称。

9c) 在 9c) 下方，请勾选您不允许医疗保健提供者发送的医疗信息类型所对应的方框。

10) 如果个人要求披露信息，请勾选该方框，或勾选“其他”并注明提出该请求的原因。

11) 提出该请求是为了进行残障确定和审查。

12) 如果您并非患者本人填写本表格请求医疗记录，请以正楷格式书写您的姓名。

13) 如果您是患者的法定代表，请注明您与患者的关系。例如，如果患者是您的孩子并且您是患者的家长，请填写家长。如果您是患者的法定监护人，请填写法定监护人。

如果您希望您的医疗保健提供者发送您的医疗记录，必须由患者或患者的法定代表在本表格上签字并附上日期。