

HIPAA באפולמעכטיגונג צו אנטפלעקן געזונט אינפארמאציע אין איינקלאנג מיט

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

- איך, אדער מיין באפולמעכטיגטער פארשטייער, פארלאנג אז די העלט אינפארמאציע אנבאלאנגט מיין קעיר און באהאנדלונג זאל ווערן ארויסגעלאזט ווי פארגעשטעלט אויף דעם בויגן. אין איינקלאנג מיט ניו יארק סטעיט געזעץ און דער פריוואטקייט געזעץ פון די העלט אינשורענס פארטאביליטי און אקאונטאביליטי אקט פון 1996 (HIPAA) פארשטיי איך אז:
- די באפולמעכטיגונג קען ענטהאלטן אנטפלעקונג פון אינפארמאציע אנבאלאנגט אלקאהאל און דראג אביוז, גייסטיגע געזונטהייט באהאנדלונג, אויסער פסיקאטעראפי באמערקונגען, און געהיימע HIV פארבינדענע אינפארמאציע בלויז אויב איך צייכן די פאסיגע קעסטל(ער) אין אפטיילונג 9(c). אויב נישט, אין פאל די העלט אינפארמאציע געשילדערט אונטן, אין טייל 9(a), ענטהאלט סיי וועלכע פון די סארטן אינפארמאציע, און איך לייג מיינע אינישעלן אויפ'ן ליניע אינעם קעסטל אין אפטיילונג 9(b), טוה איך ספעציפיש באפולמעכטיגן ארויסצולאזן אזעלכע אינפארמאציע צו די מענטש(ן) אדער איינהייט אנגעוויזן אין אפטיילונג 8.
 - אויב איך באפולמעכטיג דאס אנטפלעקונג פון HIV-פארבינדענע, אלקאהאל אדער דראג באהאנדלונג, אדער גייסטישע געזונטהייט באהאנדלונג אינפארמאציע, איז דער וואס דערהאלט דאס פארבאטן פון ווידער פארעפנטליכן די אינפארמאציע אן מיין באפולמעכטיגונג סיידן ערלויבט צו טון אזוי אונטער פעדעראלע אדער סטעיט געזעץ. איך פארשטיי אז איך האב דעם רעכט צו פארלאנגען א ליסטע פון מענטשן וועלכע מעגן דערהאלטן אדער נוצן מיין HIV-פארבינדענע אינפארמאציע אן באפולמעכטיגונג. אויב איך מאך מיט דיסקרימינאציע צוליב דעם ארויסלאזן אדער אנפלעקן HIV-פארבינדענע אינפארמאציע, מעג איך זיך פארבינדן מיטן ניו יארק סטעיט אפטיילונג פון יומען רעכטן אויף 392-3644 (888) אדער 741-8300 (718) TDD/TTY.
 - איך האב דעם רעכט צוריקצוגעבן די באפולמעכטיגונג סיי ווען דורך שרייבן צום העלט קעיר פראוויידער וואס שטייט אונטן אין אפטיילונג 7. איך פארשטיי אז איך מעג צוריקגעבן די באפולמעכטיגונג אויסער אויף שריט וואס זענען שוין גענומען געווארן באזירט אויף די באפולמעכטיגונג. אויב נישט פריער צוריקגעצויגן, וועט די באפולמעכטיגונג אויסלויפן ווען דער באשלוס/איבערזיכט ווערט פארענדיגט אדער איין יאר פונעם דאטום פון אונטערשרייבן דעם בויגן, וועלכע עס קומט ערשט.
 - איך פארשטיי אז אונטערשרייבן די באפולמעכטיגונג איז פרייוויליג. איך פארשטיי אז די סטעיט דיסאביליטי איבערזיכט יוניט פארלאנגט אויסצופולן דעם בויגן צו קענען זאמלען נויטיגע אינפארמאציע פאר א דיסאביליטי באשלוס. איך פארשטיי אז אן די באפולמעכטיגונג, קען מיין בארעכטיגונג פאר Medicaid בענעפיטן זיין אפגעקלייבט.
 - אינפארמאציע אנפלעקט אונטער די באפולמעכטיגונג איז מעגליך צו ווערן ווידער אנפלעקט דורך די דעפארטמענט אוועק העלט (אויסער ווי באצייכנט אונטער ארטיקל 2), און דער ווידער אנפלעקונג קען מעגליך מער נישט זיין באשיצט דורך פעדעראלע אדער סטעיט געזעץ.
 - די באפולמעכטיגונג טוט איך נישט ערלויבן צו ארומרעדן מיין העלט אינפארמאציע אדער מעדיצינישע קעיר מיט סיי וועם אויסער די גאווערנמענטאל אגענטור ספעציפירט אין אפטיילונג 9(b).
 - נאמען און אדרעס פון העלט פראוויידער אדער איינהייט וואס איז באפולמעכטיגט צו אנטפלעקן די אינפארמאציע:

8. נאמען און אדרעס פון מענטש(ן) אדער אגענטור צו וועלכע די אינפארמאציע וועט געשיקט ווערן:
State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(a) ספעציפישע אינפארמאציע צו ווערן אנטפלעקט:

מעדיקעל רעקארד פון _____ (דאטום) צו _____ (דאטום).

גאנצע מעדיצינישע רעקארד, אריינגערעכנט פאציענט היסטאריעס, אפיס באמערקונגען (אויסער פסיכאטעראפי באמערקונגען), טעסט רעזולטאטן, ראדיאלאגיע שטודיעס, פילמס, רעפערעלס, באראטונגען, בילינג רעקארדס, אינשורענס רעקארדס, און רעקארדס געשיקט צו אייך דורך אנדערע העלט קעיר פראוויידערס.

עפעס אנדערש: _____

9(b) באפולמעכטיגונג צו איבערשמועסן העלט אינפארמאציע:

דורך לייגן אינישעלן דא _____ ערלויב איך _____
(נאמען פון אינדיווידועל/העלט קעיר פראוויידער)

צו איבערשמועסן מיין העלט אינפארמאציע מיט די סטעיט דיסאביליטי איבערזיכט יוניט.

9(c) איך שטים נישט צו צו אנטפלעקן (צייכן אלע קעסטלעך וואס זענען גילטיג):

אלקאהאל/דראג באהאנדלונג גייסטישע געזונטהייט אינפארמאציע HIV-פארבינדענע אינפארמאציע

10. סיבה פאר אנטפלעקן אינפארמאציע: אויפן פארלאנג פון אינדיווידועל עפעס אנדערש: _____
11. ציל פונעם באנוץ/אנטפלעקונג: **Disability Determination and Review**
12. אויב נישט דער פאציענט, נאמען פון מענטש וועלכער טוט אונטערשרייבן דעם בויגן (דרוקט): _____
13. סארט באפולמעכטיגונג צו אונטערשרייבן פארן פאציענט: _____

אלע אפטיילונגען פון דעם בויגן זענען אויסגעפולט געווארן און מיינע פראגעס אנבאלאנגט דעם בויגן זענען פארענטפערט געווארן. איך ערלויב די פאסיליטי/מענטש געצייכנט אויף דעם בלאט צו ארויסגעבן העלט אינפארמאציע פונעם מענטש וועמענס נאמען איז אויף דעם בלאט צו די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוועק העלט State Disability Review Unit.

די "באפולמעכטיגונג צו אנטפלעקן געזונט אינפארמאציע און געהיימע HIV-פארבינדענע אינפארמאציע" בויגן גיבט ערלויבעניש צו אייער העלטקעיר פראוויידערס (שפיטעלער, דאקטוירים, טעראפיסטן, א.א.וו.) צו שיקן קאפיעס פון אייער העלט רעקארדס צו די סטעיט דיסאביליטי איבערזיכט טיעם. די העלט רעקארדס וועלן העלפן די דיסאביליטי איבערזוכט טיעם צו באשליסן אויב איר זענט דיסעמבלד. איר וועט דארפן אויספולן און שיקן איינס פון די בויגנס צו יעדע איינס פון אייער העלטקעיר פראוויידערס וואס דארפן אריינשיקן אייער מעדיקעל רעקארדס.

דער קעסטל אויבן פון דעם בויגן וועט ווערן אויסגעפולט. אויב די אינפארמאציע איז נישט ריכטיג, ביטע שטרייכט אויס וואס איז נישט ריכטיג און שרייבט אריין די ריכטיגע אינפארמאציע.

ליינט די אינפארמאציע אין ארטיקלען 1-6 אונטער די אויבערשטע קעסטל, איידער איר טוט אויספולן די רעשטע פונעם בויגן. די פאראגראפס געבן אייך אינפארמאציע איבער די סארט געזונטהייט אינפארמאציע וואס איר קענט אויסוועלן אז אייער העלטקעיר פראוויידערס זאלן שיקן, אייערע רעכטן צו באפולמעכטיגן דאס אנטפלעקונג פון אייער העלט רעקארדס און וויאזוי צו אפשטעלן די באפולמעכטיגונג, און ווער עס מעג זען אייער געזונטהייט אינפארמאציע.

7) שרייבט די נאמען און אדרעס פון די העלטקעיר פראוויידער וואס וועט שיקן אייער העלט רעקארדס צו די סטעיט דיסאביליטי איבערזיכט טיעם. פילט אויס איין בויגן פאר יעדע פון אייער העלטקעיר פראוויידערס.

8) לאזט וויסן פארן העלטקעיר פראוויידער פאר וועמען צו שיקן די העלט רעקארדס. דער קעסטל וועט שוין זיין אויסגעפולט מיט די סטעיט דיסאביליטי איבערזיכט טיעם'ס אינפארמאציע.

9) a) • אויב איר ווילט אז דער העלטקעיר פראוויידער זאל שיקן אייער מעדיקעל רעקארדס פאר א געוויסע צייט אפשניט, צייכנט דער ערשטער קעסטל און שרייבט אריין די דאטומען פון די צייט אפשניט. צו מאכן א דיסאביליטי באשלוס, איז פארלאנגט כאטש 12 מאנאטן פון העלט רעקארדס פאר די צייט אפשניט אין וואס דיסאביליטי ווערט באשלאסן.

• אויב איר ווילט אז דער העלטקעיר פראוויידער זאל שיקן אייער גאנצע מעדיקעל רעקארדס צייכנט דער צווייטער קעסטל.

• אויב איר ווילט אז דער העלטקעיר פראוויידער זאל שיקן סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע, צייכנט דער דריטער קעסטל (עפעס אנדערש) און שרייבט אריין די אינפארמאציע וואס דער העלטקעיר פראוויידער זאל שיקן.

9) b) אויב איר ווילט ערלויבן אייער העלטקעיר פראוויידער צו רעדן מיט עמיצער אויפן סטעיט דיסאביליטי איבערזיכט טיעם, לייגט אייערע אינישעלן און דער נאמען פון אייער העלטקעיר פראוויידער אין די צוגעשטעלטע ליניעס.

9) c) אונטער c) צייכנט די קעסטלעך פאר די סארט מעדיקעל אינפארמאציע וואס אייער העלטקעיר פראוויידער איז נישט ערלויבט צו שיקן.

10) צייכנט דעם קעסטל אויב דער אינדיוידועל האט פארלאנגט צו אנטפלעקן אינפארמאציע, אדער צייכנט 'עפעס אנדערש' און ערקלערט די סיבה פארן פארלאנג.

11) דער ציל פונעם פארלאנג איז פאר א דיסאביליטי באשלוס און איבערזיכט.

12) אויב איר זענט נישט דער פאציענט וואס פולט אויס די בויגן צו פארלאנגען מעדיקל רעקארדס, שרייבט אייער נאמען.

13) אויב איר זענט די לעגאלע פארשטייער פונעם פאציענט, לייגט אריין די פארבינדונג וואס איר האט מיט'ן פאציענט. צום ביישפיל, אויב דער פאציענט איז א קינד און איר זענט די עלטערן, לייגט אריין עלטערן. אויב איר זענט די לעגאלע גארדיען פונעם פאציענט, לייגט אריין לעגאלע גארדיען.

אויב איר ווילט אז אייער העלטקעיר פראוויידער זאל שיקן אייער מעדיקעל רעקארדס, דארף דער בויגן זיין אונטערגעשריבן און דער דאטום אריינגעשריבן דורכן פאציענט אדער פאציענט'ס לעגאלע פארשטייער.