

Система координированного доступа для взрослых и семей: Разрешение на разглашение конфиденциальной информации

Ф.И.О. клиента: _____

Дата рождения: ____/____/____

Система координированного доступа для взрослых и семей (Coordinated Access for Adults and Families) обеспечивается сетью различных служб, созданной с целью координации доставки услуг для обеспечения долговременной помощи в уплате аренды и получении вспомогательных услуг для отдельных лиц и семей, не имеющих постоянного жилья. В первую очередь помощь предоставляется тем, кто дольше всех не имеет постоянного крова и нуждается в наибольшем количестве услуг. Полный список служб, участвующих в качестве партнёров в системе координированного доступа для взрослых и семей, предоставляется по требованию. Он также опубликован на вебсайте ahomeforeveryone.net/s/CA_ROI_Partners.pdf.

Сотрудники служб, входящих в сеть организаций, обеспечивающих координированный доступ для взрослых и семей, введут сведения, которые вы нам предоставите, в Информационную систему по управлению делами бездомных (HMIS), компьютеризированную и безопасную систему сбора информации, известную под названием ServicePoint, хостинг которой осуществляется подрядчиками. По закону мы обязаны обеспечить конфиденциальность ваших личных данных. Ваша информация не будет передаваться электронным способом другим службам без вашего разрешения.

Подписывая этот документ, я даю согласие на передачу службам системы координированного доступа для взрослых данных моей учетной записи клиента [Ф.И.О., номер в системе социального обеспечения и статус бывшего военнослужащего], демографических данных [дата рождения, пол, расовая принадлежность и этническое происхождение], данных о начале и прекращении моего участия в программах, связанных с системой координированного доступа для взрослых и семей, сведений о характере моей ситуации и получаемых мной услугах и консультациях.

Особо охраняемая медицинская информация, которая может подлежать передаче другим лицам или разглашению:	
A. Я понимаю, что в передаваемой огласке информации могут содержаться сведения о психиатрическом или медицинском лечении, защищенные в соответствии с законодательством штата (ORS 179.505 и 192.505, 45 CFR 205.50), и я даю специальное разрешение на их разглашение.	Инициалы: _____
B. Я прямо заявляю о своём согласии на включение в настоящее "Разрешение на разглашение информации" любых диагнозов, курсов лечения и направлений на лечение от алкогольной/наркотической зависимости. Я понимаю, что любое разглашение информации производится в соответствии с положениями части 2 раздела 42 свода федеральных постановлений (CFR), в которых изложен порядок обращения с конфиденциальной документацией пациентов с наркотической зависимостью. Получатели этой информации могут предать её огласке только с моего письменного согласия или в соответствии с положениями раздела 42, части 2 CFR.	Инициалы: _____
C. Я прямо заявляю о своём согласии на включение в настоящее "Разрешение на передачу информации" любых сведений о ВИЧ (СПИД).	Инициалы: _____

Я понимаю, что в эту информацию может быть включён материал, который в противном случае был бы защищён законодательством штата Орегон. Руководство всех служб, участвующих в системе координированного доступа для взрослых и семей, подтверждает, что любые сведения, которые они могут передавать друг другу, не будут разглашаться третьим сторонам без моего дополнительного письменного разрешения. Разглашение этой информации может производиться в соответствии с положениями части 2-ой раздела 42 свода федеральных постановлений (CFR), в которой предусматривается порядок обращения с конфиденциальной документацией пациентов с наркотической зависимостью, и положениями о соблюдении конфиденциальности согласно закону о сохранении и защите данных медицинского страхования (HIPAA), изложенному в статье 45 CFR, части 160 и 164.

Разрешение вступает в силу с момента, указанного ниже, и срок его действия истекает через 12 месяцев с момента моего последнего использования системы координированного доступа для взрослых и семей (этот обоснованно необходимый период времени для завершения процесса разглашения сведений в целях, описанных и указанных в данном документе), если я не укажу иного срока действия этого документа.

Конкретная дата истечения срока действия разрешения: _____.

Я понимаю, что я имею право в любой момент отозвать это разрешение, но отзыв этого разрешения не будет распространяться на сведения, которые уже были преданы огласке на момент отзыва этого разрешения. Отзыв этого разрешения вступит в силу после того, как в системе координированного доступа для взрослых и семей будет зарегистрировано моё письменное уведомление о его отзыве.

Я понимаю, что могу отказаться подписывать это разрешение, и мой отказ не повлияет на наличие у меня права на лечение, льготные пособия или услуги. Я понимаю, что мой отказ подписывать этот документ может повлиять на мой доступ к возможностям системы координированного доступа приоритетным спискам, которыми службы обмениваются друг с другом, и услугам служб, принадлежащим к системе в качестве партнёров. Я могу проверять или копировать любую информацию, используемую и/или разглашаемую на основании этого разрешения. Моя подпись ниже свидетельствует о том, что я даю согласие на разглашение информации, предусмотренное в этом разрешении, и понимаю его смысл.

Подпись клиента или законного опекуна

Дата

Подпись свидетеля

Моя подпись ниже свидетельствует о том, что я отзываю это разрешение: _____ Дата: _____