

Coordinated Access for Adults and Families: Đơn Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Bảo Mật

Tên khách hàng: _____

Ngày sinh: _____/_____/_____

Coordinated Access for Adults and Families là một hệ thống gồm những cơ quan được hình thành với mục đích điều phối việc cung cấp các dịch vụ nhằm hỗ trợ thuê mướn lâu dài và những dịch vụ hỗ trợ cho những cá nhân và gia đình vô gia cư, với ưu tiên dành cho những người có tiền sử vô gia cư lâu dài nhất và cần thiết dịch vụ nhất. Danh sách với đầy đủ những đối tác của Coordinated Access for Adults and Families sẽ được cung cấp khi có yêu cầu và có sẵn trực tuyến tại ahomeforeveryone.net/coordinatedaccess.

Coordinated Access for Adults and Families sẽ nhập thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi vào một Hệ Thống Thông Tin Quản Lý Người Vô Gia Cư (HMIS) được cung cấp bởi doanh nghiệp, một hệ thống lưu trữ hồ sơ điện tử và được bảo mật được gọi là ServicePoint. Chúng tôi, theo luật pháp, phải bảo mật thông tin nhận dạng cá nhân của quý vị. Thông tin của quý vị sẽ không được chia sẻ điện tử với các cơ quan khác mà không có sự cho phép của quý vị.

Thông qua việc ký tên vào mẫu đơn này, tôi đồng ý chia sẻ Hồ Sơ Khách Hàng của tôi (Tên, Số An Sinh Xã Hội và Tình Trạng Quân Nhân), Thông Tin Nhân Khẩu [Ngày sinh, Giới tính, Chủng tộc và Dân tộc], Thông Tin Ghi Danh và Rời Khỏi Chương Trình liên quan đến Coordinated Access for Adults and Families, thông tin về tính chất tình hình của tôi, và Dịch Vụ và Sự Giới Thiệu tôi nhận được, với những cơ quan đối tác Truy Cập cho Người Lớn.

Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Đặc Biệt Có thể Được Trao Đổi hoặc Tiết Lộ:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| A. Tôi nhận biết rằng thông tin được tiết lộ có thể chứa thông tin liên quan đến việc điều trị sức khỏe tâm thần được luật pháp tiểu bang bảo vệ (ORS 179.505 & 192.505, 45 CFR 205.50); và tôi đặc biệt đồng ý cho việc tiết lộ. | Ghi tắt tên họ:
_____ |
| B. Tôi đặc biệt cho phép Bên Ủy quyền nêu trên tiết lộ thông tin bao gồm bất kỳ chẩn đoán, điều trị và giới thiệu việc điều trị cai nghiện rượu / ma túy. Tôi hiểu rằng bất kỳ tiết lộ nào được thực hiện đều bị ràng buộc bởi Phần 2 của Tiêu Đề 42 của Quy chế Liên Bang (CFR) quản lý tính bảo mật của hồ sơ bệnh nhân lạm dụng rượu và ma túy. Người nhận thông tin này chỉ có thể tiết lộ khi có sự đồng ý bằng văn bản của tôi hoặc theo sự cho phép của 42 CFR Phần 2. | Ghi tắt tên họ:
_____ |
| C. Tôi đặc biệt cho phép Bên Ủy Quyền nêu trên tiết lộ thông tin bao gồm thông tin HIV (AIDS). | Ghi tắt tên họ:
_____ |

Tôi hiểu rằng thông tin này có thể bao gồm các tài liệu có thể được bảo vệ theo luật Oregon. Tất cả các cơ quan tham gia vào Coordinated Access for Adults and Families đều công nhận rằng bất kỳ thông tin nào được chia sẻ giữa các cơ quan Coordinated Access for Adults and Families sẽ không được tiết lộ cho các bên khác mà không có sự cho phép bằng văn bản khác của tôi. Những tiết lộ có liên quan đã được thực hiện có thể bị ràng buộc bởi Phần 2 của Tiêu đề 42 của Quy Chế Liên Bang (CFR) về quản lý thông tin bí mật về các hồ sơ bệnh nhân lạm dụng ma túy và các quy định về tính riêng tư của Đạo Luật Giới Hạn Việc Tiếp Cận Vào Hồ Sơ Y Tế Cá Nhân (Health Insurance Portability and Accountability Act, viết tắt là HIPAA) trong 45 CFR 160 và 164.

Sự cho phép này có hiệu lực vào ngày dưới đây và sẽ hết hạn 12 tháng kể từ ngày tôi tham gia cuối cùng vào Coordinated Access for Adults and Families; một khoảng thời gian cần thiết để hoàn thành việc tiết lộ thông tin cho các mục đích được mô tả và có tên trong sự cho phép này trừ khi tôi nói khác. Ngày hết hạn cụ thể: _____.

Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự cho phép này bất cứ lúc nào, trừ khi một hành động đã được thực hiện dựa vào văn bản đã được ký. Việc thu hồi giấy phép này có hiệu lực khi Coordinated Access for Adults and Families nhận được thông báo về việc thu hồi bằng văn bản của tôi.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối đơn cho phép này, và rằng sự từ chối của tôi sẽ không ảnh hưởng đến khả năng tôi nhận được điều trị, thanh toán hoặc sự hội đủ điều kiện cho phúc lợi của tôi. Tôi hiểu rằng từ chối ký kết điều này có thể ảnh hưởng đến sự tham gia của tôi với Coordinated Access for Adults and Families, danh sách ưu tiên được chia sẻ và quyền truy cập vào các cơ quan đối tác. Tôi có thể kiểm tra hoặc sao chép bất kỳ thông tin nào được sử dụng và / hoặc tiết lộ theo sự cho phép này. Chữ ký của tôi dưới đây cho thấy tôi chấp thuận cho sự cho phép này và hiểu ý nghĩa của nó.

Chữ Ký Khách Hàng Hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp

Ngày

Chữ Ký Người Làm Chứng

Chữ ký của tôi ở đây thể hiện việc tôi thu hồi sự cho phép này: _____ **Ngày:** _____