

## Coordinated Access for Adults and Families : 机密信息披露授权书

客户姓名 : \_\_\_\_\_

出生日期 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Coordinated Access for Adults and Families 是一个构建的机构网络, 旨在协调服务交付, 以向那些无家可归的个人和家庭提供长期租赁援助和支持性服务, 其首要帮助对象就是那些无家可归记录最长和服务需求最多的无家可归者。可根据要求提供 Coordinated Access for Adults and Families 的完整合作伙伴机构名单, 该名单已在 [ahomeforeveryone.net/coordinatedaccess](http://ahomeforeveryone.net/coordinatedaccess) 上公布。

Coordinated Access for Adults and Families 会将您提供的信息输入由供应商托管的无家可归者管理信息系统 (HMIS), 该系统是一个计算机化且严密保护的记录保存系统, 也被称为 ServicePoint。按照法律规定, 我们必须保护您的个人识别信息的隐私性。在未获得您许可的情况下, 不会与其他机构通过电子方式分享您的信息。

通过签署本表格, 即表明我同意与 Coordinated Access for Adults 合作伙伴机构分享我的客户记录[姓名、社会安全号和退伍军人状态]、人口统计资料[出生日期、性别、种族和民族]、Coordinated Access for Adults and Families 相关的计划登记和退出信息、关于我的境遇性质的信息以及我获得的服务和推介。

### 可以交换或披露的特殊受保护健康信息 :

- A. 我承认披露的信息可能包含与受州法律 (ORS 179.505 & 192.505, 45 CFR 205.50) 保护的心理健康治疗相关的信息 ; 我特此同意此类披露。 姓名首字母缩写 : \_\_\_\_\_
- B. 我特此同意上述信息披露授权书包含任何酒精/药物诊断、治疗和治疗推介。我了解作出的任何披露需受到管控酒精和药物滥用患者记录机密性的美国联邦法规 (CFR) 第 42 篇第 2 部分的约束。本信息的接收者仅可在获得我的书面同意或 42 CFR 第 2 部分允许的情况下进行披露。 姓名首字母缩写 : \_\_\_\_\_
- C. 我特此同意本信息披露授权书包含任何艾滋病毒 ( 艾滋病 ) 信息。 姓名首字母缩写 : \_\_\_\_\_

我了解本信息可能包含其他受俄勒冈州法律保护的材料。Coordinated Access for Adults and Families 合作伙伴机构承认在未获得我的进一步书面授权的情况下不得向其他方披露这些机构内部分享的任何信息。作出的相关披露受到管控酒精和药物滥用患者记录机密性的美国联邦法规 (CFR) 第 42 篇第 2 部分以及 45 CFR 160 和 164 中的《健康保险流通和责任法案》规定的约束。

本授权书自下列日期起生效, 并在我参加 Coordinated Access for Adults and Families 的最后一日起的 12 个月之后终止 ; 这是因上述目的和本授权书指明的目的而完成信息披露所需的合理期限, 除非我另行指明。  具体的终止日期 : \_\_\_\_\_。

我了解我可以随时撤销本授权书, 除非已依据该授权书有所行动。在 Coordinated Access for Adults and Families 收到我的书面撤销通知后, 授权书撤销即可生效。

我了解我可以拒绝签署本授权书, 并且我的拒绝不会影响我获得治疗、付款的能力, 也不会影响获得福利的资格。我了解拒绝签署本授权书可能会对我参加 Coordinated Access、共享优先事项列表和访问合作伙伴机构造成影响。我可以检查或复制依据本授权书使用和/或披露的任何信息。我在下方的签名表明我同意此授权书并理解其含义。

\_\_\_\_\_  
客户或法定监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
证人签名

我在此处的签名表明我撤销了本授权书 : \_\_\_\_\_

日期 : \_\_\_\_\_