

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

Я или мой уполномоченный представитель просим, чтобы медицинская информация о моем медицинском обслуживании и лечении предоставлялась в порядке, предусмотренном в настоящей форме. В соответствии с New York State Law (законодательством штата Нью-Йорк) и нормами конфиденциальности Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) (Закона «О преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения» 1996 г.), я признаю, что:

1. Данное разрешение может включать разглашение информации, относящейся к злоупотреблению алкоголем и наркотическими веществами, лечению психических расстройств, исключая записи психотерапевта, и конфиденциальной информации, относящейся к ВИЧ, только в том случае, если я отмечу соответствующие поля пункта 9(с). Если медицинская информация, указанная ниже в п. 9(а), включает в себя любой из этих видов информации и я поставлю свои инициалы в соответствующем поле п. 9(б), я определенно даю разрешение на предоставление такой информации лицам или организациям, указанным в п. 8.
2. Если я разрешаю предоставление информации, касающейся ВИЧ, лечения алкогольной или наркотической зависимости либо лечения психических расстройств, получателю такой информации запрещается раскрывать ее другим лицам без моего разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено в соответствии с положениями федерального законодательства или законодательства штата. Я понимаю, что у меня есть право требовать предоставления мне перечня лиц, которые могут получить или использовать информацию, связанную с ВИЧ, без разрешения. Если я стану жертвой дискриминации в результате предоставления или разглашения информации, касающейся ВИЧ, я вправе обратиться в New York State Division of Human Rights по телефону (888) 392-3644 или телетайпу / телекоммуникационному устройству для лиц с нарушениями слуха (718) 741-8300.
3. Я могу отозвать настоящее разрешение в любой момент, в письменной форме обратившись к поставщику медицинских услуг, указанному ниже в п. 7. Я понимаю, что отзыв мною настоящего разрешения не распространяется на те случаи, когда на основании настоящего разрешения уже совершены определенные действия. Если настоящее разрешение не будет аннулировано преждевременно, срок его действия истекает после завершения процесса установления / контрольного освидетельствования инвалидности или через один год с даты подписания этой формы, в зависимости от того, что произойдет раньше.
4. Я понимаю, что подписание настоящего разрешения носит добровольный характер. Я понимаю, что данная форма заполняется для сбора медицинской информации, необходимой State Disability Review Unit для установления инвалидности. Я понимаю, что отказ в предоставлении данного разрешения может повлиять на право получения пособия Medicaid.
5. Информация, раскрываемая в соответствии с настоящим разрешением, может повторно разглашаться Department of Health (Департаментом здравоохранения) (за исключением случаев, указанных выше в п. 2), и конфиденциальность такой раскрываемой повторно информации уже не будет защищена федеральным законодательством или законодательством штата.
6. Настоящее разрешение не дает права обсуждать мою медицинскую информацию или оказываемые мне медицинские услуги ни с кем, кроме представителей государственного органа, указанного в п. 9(б).

7. Название и адрес поставщика медицинских услуг или органа, имеющих разрешение на передачу такой информации:

8. Имена и фамилии / названия и адреса лиц/учреждений, которым передается данная информация:

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

9(a). Вид предоставляемой информации:

- Медицинские документы за период с _____ (дата) по _____ (дата).
- Вся медицинская карта, в том числе история болезни, медицинские документы (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, радиологических обследований, пленки, направления, консультативные заключения, сведения о выставленных счетах, страховые документы и документы, переданные другими поставщиками медицинских услуг.
- Иное: _____

9(b). Разрешение на обсуждение медицинской информации:

Своими инициалами здесь _____ я разрешаю _____
(ИМЯ И ФАМИЛИЯ / НАЗВАНИЕ ЛИЦА / ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)

обсуждать свою медицинскую информацию со **State Disability Review Unit**.

9(c). Я не даю согласия на разглашение информации о (отметьте соответствующие поля): лечению от алкогольной/наркотической зависимости психическом здоровье ВИЧ

10. Основание для предоставления информации:

По требованию лица Иное: _____

11. Цель использования/разглашения информации:

Установление и контрольное освидетельствование инвалидности

12. Имя и фамилия лица (печатными буквами), подписывающего форму (если форму подписывает не пациент):

13. Основание права подписи от лица пациента:

Все пункты этой формы были заполнены, на все вопросы, касающиеся ее заполнения, мною были получены исчерпывающие ответы.

Я разрешаю упомянутому на этой странице учреждению/лицу передать New York State Department of Health State Disability Review Unit медицинскую информацию лица, имя и фамилия которого указаны на этой странице.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

Настоящая форма «Разрешение на предоставление медицинской информации и конфиденциальной информации, связанной с ВИЧ» дает право поставщикам медицинских услуг (больницам, врачам, психотерапевтам и т.д.) предоставлять State Disability Review Team (Группе государственного бюро медико-социальной экспертизы инвалидности) копии ваших медицинских документов. На основании полученных медицинских документов Disability Review Team определит, являетесь ли вы инвалидом. Все поставщики медицинских услуг, у которых будет запрашиваться ваша медицинская информация, должны получить от вас экземпляр заполненной формы.

Вы получите форму с уже заполненными полями в верхней части документа. Если информация не верна, зачеркните ее и рядом впишите правильные данные.

Прежде чем заполнять форму, ознакомьтесь с информацией в пунктах 1–6. В этих пунктах изложены типы медицинской информации, которая по вашему выбору может предоставляться поставщиком медицинских услуг, ваши права при выдаче разрешения на передачу ваших медицинских документов и порядок прекращения действия такого разрешения, а также перечислены лица, имеющие разрешение на ознакомление с вашей медицинской информацией.

- 7) В этом пункте указывается имя и фамилия / название и адрес поставщика медицинских услуг, имеющего разрешение на предоставление ваших медицинских документов State Disability Review Team.
Для каждого поставщика медицинских услуг заполните один экземпляр формы.

- 8) Этот пункт содержит данные получателя медицинских документов, предоставляемых вашим поставщиком медицинских услуг. Это поле заполняется представителями State Disability Review Team.

- 9a) • Если вы хотите, чтобы поставщик медицинских услуг предоставил ваши медицинские документы за определенный период времени, отметьте первое поле и укажите даты периода.
Для установления инвалидности необходимо предоставить медицинские документы, подтверждающие факт ее наличия в течение по меньшей мере 12 месяцев.

• Если вы хотите, чтобы поставщик медицинских услуг предоставил всю вашу медицинскую карту, отметьте второе поле.

• Если вы хотите, чтобы поставщик медицинских услуг предоставил какую либо иную информацию, отметьте третье поле («Иное») и конкретно укажите информацию, которая будет предоставляться поставщиком.

- 9b) Если вы даете разрешение поставщику медицинских услуг на переговоры с представителем State Disability Review Team, в предусмотренных строках укажите свои инициалы и имя/наименование вашего поставщика.

- 9c) В п. 9(c) отметьте поля с указанием типа медицинской информации, которая не может передаваться вашим поставщиком медицинских услуг.

- 10) Если основанием для предоставления информации является запрос отдельного лица, отметьте соответствующее поле формы; чтобы указать другую причину, отметьте поле «Иное»:

- 11) Целью данного запроса является установление и контрольное освидетельствование инвалидности.

- 12) Если вы заполняете форму запроса на предоставление медицинских документов от имени пациента, укажите свое имя и фамилию печатными буквами.

- 13) Если вы являетесь законным представителем пациента, укажите, кем вы ему приходите. Например, если вы являетесь родителем пациента, укажите «родитель». Если вы являетесь законным опекуном пациента, укажите «законный опекун».

Ваш поставщик медицинских услуг может предоставлять ваши медицинские документы только после получения данной формы, подписанной и датированной пациентом или его законным представителем.