

合理便利安排申请表 (Simplified Chinese)

说明：客户必须填写第 I 部分，并将此表连同证明文件一并提交给项目/设施主管或同等职位人员（“主管”）。如有需要，DHS 和提供者的工作人员必须在客户填写此表时为其提供帮助。

第 I 部分：（本部分必须由客户填写或与客户一起填写。）

姓名： _____

设施/项目： _____

客户 ID/SSN： _____ 电话： _____

描述申请的便利安排（随附任何证明文件）。

Section II Instructions: Any Director receiving a completed form with disability-related documentation must complete Section II, return a copy to the client, and immediately transmit by email or fax the request and supporting documents to the appropriate Program Administrator. Supporting documentation is not required if the disability is obvious/apparent or otherwise known to DHS.

Section II: (To be completed by the Facility Director or designee.)

Name/Title: _____

Facility/Program: _____

Address: _____

Phone: _____ Date Received: _____

I discussed the HIPAA form with the client and the client consented to complete a HIPAA form.

I discussed the HIPAA form with the client and the client declined to complete a HIPAA form.

Signature: _____

After completing, provide a copy of this form to the client.

(翻页)

个人健康信息披露的 HIPAA 授权

客户姓名	_____	
出生日期	_____ 个案号码	_____
社会安全码后 4 位数	_____	

本人或经本人授权的代表要求本人医疗护理和治疗的相关信息按照本表格所述进行披露。《1996 年健康保险便利及责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 等联邦和州法律可保护本人健康信息（统称为“健康记录”）的隐私。

在签字之前，本人了解：

1. 本人的健康记录可能包含关于**酒精和药物滥用**、**心理健康治疗**的机密信息（不包括心理治疗记录）和 **HIV 相关¹信息**。仅当本人在第 8(a) 项对应方框中签写姓名首字母时，才会发布此信息。
2. 本人可以索取无需本人授权即可获得或使用本人 HIV 相关信息的人员名单。如果本人因 HIV 相关信息的发布而遭到歧视，可致电 **(212) 961-8650** 联系纽约州人权处 (New York State Division of Human Rights) 或致电 **(212) 306-7450** 联系纽约市人权委员会 (New York City Commission on Human Rights)。以上两个机构负责保护本人的权利不受侵犯。
3. 签署本表格纯属自愿。如果本人拒绝签署，本人的治疗、向治疗提供者的付款、对健康计划的参与或收容所资格均不会受到影响。但如果本人拒绝签署，并且未提交合理便利安排申请的文件，本人的合理便利安排申请可能会被拒绝，原因是纽约市游民服务局 (Department of Homeless Services, DHS) 没有可以审核的支持文件或信息。
4. 本人可随时改变主意，但已发布的任何信息无法改变。为此，本人必须以书面形式告知本人的收容所或机构主管。
5. 在此同意下分享的本人的健康信息可能会由 DHS 二次发布。此类信息的隐私性可能不再受联邦或州法律的保护。

(翻页)

¹ 引起艾滋病 (AIDS) 的人类免疫缺陷病毒。《纽约州公共卫生法》(New York State Public Health Law) 规定，应保护可合理推断某人患有 HIV 症状或感染的信息，以及相关人员的联系信息。

分享健康信息的许可

6. 披露此类信息的医疗提供者或实体的名称和地址:

7. 该医疗提供者会将该信息发送给: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

8(a). 将发布的信息: 以下签署日期之前的全年医疗记录。包括 (以首字母签名表示授权):

酒精/药物滥用治疗 心理健康信息 HIV 相关信息

8(b). 通过在此处用姓名首字母签名_____，本人允许_____ (姓名首字母签名) (个人医疗保健提供者的姓名)
与**纽约市社会服务局 (Department of Social Services)** 讨论本人的健康信息。

9. 披露信息的理由: 经患者要求，仅用于合理便利安排申请之目的。

10. 失效日期: 签名日期起一年

本人已填妥本表格的所有信息项，且本人关于本表格的所有疑问均已得到解答。

本人已收到一份此表格的副本

患者或法定授权代表签名

日期

如果由患者之外的个人签署表格，注明个人姓名

代表患者签名的授权

与本人取得联系的首选电话号码

有关“健康保险便利及责任法案” (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 同意书的信息

此常见问题解答旨在帮助
解释 HIPAA 同意书以及
我们要求您填写此同意书的原因。

我为什么需要填写 HIPAA 同意书？

一些合理便利安排申请 (Reasonable Accommodation Request, RAR) 需要审核以决定其是否可以获得批准。合理便利安排办公室 (Office of Reasonable Accommodation, ORA) 会通过审核您的服务提供者提供的相关信息，从而判定是否批准您的申请。请签署此 HIPAA 同意书，以便在 ORA 需要更多信息以决定是否批准您的申请时可以联系您的服务提供者。如果您签署了此同意书，则可以为您在审核流程中节省时间。

此同意书将包括哪些内容？

ORA 将只会询问有关您要求的合理便利安排 (Reasonable Accommodation, RA) 的相关问题。工作人员不会通过使用此同意书来联系您的服务提供者，从而获取任何与您的申请不相关的信息。

我该如何填写此同意书？

- 您必须填写、签署 HIPAA 同意书并注明日期，以使其生效。
- 此 HIPAA 同意书自签署之日起一年内有效。
- 如果您无法亲自签署此同意书，您可以授权一位代表替您签署。如果您的授权代表为您签署，您必须向我们提供可以证明授权的文件，例如律师委托书 (Power of Attorney) 或监护委员会文件。

(翻页)

有关“健康保险便利及责任法案”(HIPAA) 同意书的信息 (续)

如果我不再希望 ORA 使用此同意书联系我的服务提供者，该怎么办？

您可以随时告知我们您想我们停止使用此同意书，但是您必须以书面形式告知收容所或设施的主管。

注意：如果您不希望我们通过向您的服务提供者获取信息来为您提供帮助，您可以不签署此同意书。另外，您可以直接在您的服务提供者处获取相关信息，以亲自递交您的便利安排申请。

如果我没有提交任何证明文件会怎样？

如果您未提交任何 RAR 的文件，并且您没有填写以及签署 HIPAA 同意书，我们可能会拒绝您的申请，因为我们没有任何证明文件或信息可供审核。

如果我对此同意书有更多疑问，该怎么办？

游民服务局 (Department of Homeless Services, DHS) 的工作人员以及收容所的工作人员会为您解答任何有关此同意书的疑问，并可以帮助您亲自填写此同意书。