Department of Homeless Services
Department of Social Services

合理便利安排申請表
(Traditional Chinese)

說明：客戶必須填寫第 I 部分，並將此表單連同任何證明文件提交至計畫/設施主管或同等職位人員處（「主管」）。DHS 和提供者的工作人員必須在客戶填寫此表時為其提供幫助。

第 I 部分：本部份必須由客戶填寫或與客戶一起填寫。

姓名：_____

設施/計畫名稱：_____

客戶 ID/SSN：_____ 電話：_____

描述申請的便利安排（請視情況附加任何證明文件）。

_____

_____

_____

_____

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.

（翻頁）

個人健康資訊披露之 HIPAA 授權

客戶姓名 _____

出生日期 _____ 個案 ID 號碼 _____

社會安全號碼的最後 4 位數字 _____

本人或經本人授權之代表要求依下列規定披露與本人醫療照護及治療相關的健康資訊。聯邦和州的法律和法規，包括《1996 年健康保險流通與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)，保護本人受保護的健康資訊（統稱為「健康記錄」）的隱私。

簽名之前，本人瞭解：

1. 本人的健康記錄可能包括保密的**酒精**和**藥物濫用、精神健康治療**（心理治療記錄除外）以及**與 HIV 有關的**[1] **資訊**。只有在本人在第 8(a) 項的相應方塊內填寫姓名首字母時，才會發佈相關資訊。

2. 本人可以索取無需本人的同意即可取得或使用本人的 HIV 相關資訊的人員名單。如果本人因 HIV 相關資訊發佈而遭受歧視，可撥打 **(888) 392-3644** 聯絡紐約州人權處 (New York State Division of Human Rights)，或撥打 **(212) 416-0197** 聯絡紐約市人權局 (New York City Commission on Human Right)。他們有責任保障本人的權利。

3. 簽署此表格完全出於自願。如果本人不簽署，本人所接受的治療、向治療提供者的付款、參與健康計畫的狀態或收容所資格將不會受到影響。但如果本人簽署，卻未一併提交合理便利安排申請文件，由於紐約市遊民服務局 (DHS) 沒有任何證明文件或資料可供審查，本人的合理便利安排申請可能因此遭到拒絕。

4. 除了已披露的任何資訊以外，本人可以隨時改變心意。為此，本人必須以書面通知本人的收容所或機構/設施主任。

5. 根據本同意書共享的本人的健康資訊，可能會由 DHS 轉發。此資訊的隱私權可能不再受到聯邦或州法律的保護。

（翻頁）

[1] 引起愛滋病 (AIDS) 的人類免疫缺陷病毒。《紐約州公共衛生法》(New York State Public Health Law) 保護可合理推斷某人患有 HIV 症候群或感染症的資訊，以及該人的聯絡資訊。

分享健康資訊之許可

6. 披露此類資訊的醫療提供者或實體之名稱和地址：

_____

_____

_____

7. 此健康提供者會將此資訊發送到：**NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007**。

8(a). 將被披露的特定資訊：**以下簽署日期之前的全年醫療記錄**。包括*（以本人姓名首字母簽名表示）*：

☐ 酒精/藥物濫用治療　☐ 心理健康資訊　☐ HIV 相關資訊

8(b). 在此處簽上姓名首字母_____，即表示本人允許_____
（姓名首字母簽名）　（個人醫療保健提供者的姓名）

與**紐約市社會服務局 (Department of Social Services)** 討論本人的健康資訊。

9. 資訊披露的原因：<u>患者提出</u>，**僅出於合理便利安排要求的目的**。

10. 到期日期：**簽名日期起一年**

本人已填寫本表所有項目，且本人對本表之相關疑問皆已獲得解答。

本人收到了一份表格的副本

_____ _____

患者或法定授權代表簽名　日期

_____

如果非患者本人簽名，簽署本表格人員的姓名

_____

代表患者簽名的授權

_____

最適合用來與本人聯絡的電話號碼：