

FÒM DEMANN POU ARANJMAN REZONAB (Haitian Creole)

ENSTRIKSYON: Kliyan yo dwe ranpli Seksyon I epi soumèt fòm sa a ansanm ak nenpòt dokiman sipò bay Direktè Pwogram/Sant la, oswa moun ki gen menm fonksyon an ("Direktè a"). DHS ak manm pèsònèl founisè a dwe ofri kliyan an posiblite pou ede li ranpli fòm sa a.

Seksyon I: Se kliyan an ki dwe ranpli seksyon sa a oswa yon moun dwe ranpli l ak li.

Non: _____

Sant / Pwogram: _____

ID/SSN Kliyan an: _____ Telefòn: _____

Dekri Demann pou Aranjman an (kole nenpòt dokiman sipò ak li).

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.

(Vire paj la)

OTORIZASYON HIPAA POU PATAJE ENFÒMASYON SOU SANTE ENDIVIDYÈL

Non Kliyan an _____
Dat Nesans _____ Nimewo ID Dosye: _____
Kat (4) dènnye chif Nimewo Sekirite Sosyal _____

Mwenmenm, oswa reprezantan otorize mwen, mande pou pataje enfòmasyon medikal konsènan swen mwen ak tretman mwen, jan sa detaye anba a. Lwa ak règleman federal ak Eta a, ki gen ladan Lwa 1996 sou Transferabilite ak Responsabilite Asirans Sante (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), pwoteje enfòmasyon prive sante mwen (ki rele ansanm "dosye medikal").

Avan mwen siyen, mwen rekonèt:

1. Dosye medikal mwen kapab gen ladan **PWOBLÈM DWÒG** ak **ALKÒL, TRETMAN POU SANTE MANTAL**, (sòf pou nòt sikoterapi), ak **ENFÒMASYON KONFIDANSYÈL KI GEN RAPÒ AK VIH**.¹ Y ap ka pataje enfòmasyon sa yo sèlman si mwen mete inisyal mwen nan ti bwat ki apwopriye yo nan atik 8 (a).
2. Èske ka mande yon lis moun ki ka jwenn oswa itilize enfòmasyon mwen ki gen rapò ak VIH san konsantman mwen. Si yo fè diskriminasyon kont mwen paske yo te pataje enfòmasyon mwen ki gen pou wè avèk VIH, mwen ka kontakte Divizyon Dwa Moun (Division of Human Rights) Eta New York nan nimewo **(888) 392-3644** oswa Komisyon Dwa Moun (Commission of Human Rights) Vil New York nan nimewo **(212) 416-0197**. Yo responsab pou pwoteje dwa mwen yo.
3. Se si mwen vle pou m siyen fòm sa a. Si mwen pa siyen li, sa pa pral afekte tretman mwen, peman bay founisè tretman yo, enskripsyon nan yon plan sante, ak kalifikasyon mwen pouabri. Men, si mwen pa siyen li epi mwen pa soumèt dokiman ak demann pou aranjman rezonab mwen an, yo ka refize demann pou aranjman rezonab mwen an paske Depatman Sèvis Sanzabri (Department of Homeless Services, DHS) Vil New York pa t gen okenn dokiman sipò oswa enfòmasyon pou revwa.
4. Mwen ka chanje lide nenpòt ki lè eksepte pou nenpòt ki enfòmasyon nou te deja pataje. Pou fè sa, mwen dwe di chèlètè oswa direktè etablisman mwen an sa alekri.
5. DHS ka re-kapataje enfòmasyon yo pataje gras ak konsantman sa a. Enfòmasyon sa yo ka pa gen pwoteksyon lwa federal oswa lwa eta ankò.

(Vire paj la)

¹ Viris Iminodefisyans Imen la lakòz SIDA. Lwa Sante Piblik Eta New York pwoteje enfòmasyon ki te ka idantifye yon moun gen sentòm oswa enfeksyon VIH yon fason rezonab ak enfòmasyon konsènan kowòdone yon moun.

PÈMISYON POU PATAJE ENFÒMASYON MEDIKAL

6. Non ak adrès pwofesyonèl swen sante oswa enstitisyon pou pataje enfòmasyon sa yo:

7. Pwofesyonèl sante sa a ap voye enfòmasyon sa yo bay: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

8 (a). Enfòmasyon pou pataje yo: **Dosye medikal pou tout ane a anvan dat siyati anba a.** Mete ladan (*Endike ak Inisyal ou*):

Tretman Alkòl/Dwòg Enfòmasyon Sante Mantal Enfòmasyon Konsènan VIH

8 (b). Depi mwen mete inisyal mwen la _____, sa vle di mwen pèmèt _____
(Inisyal) (Non pwofesyonèl swen sante a)
pou pale sou enfòmasyon sante mwen ak **Depatman Sèvis Sosyal (Department of Social Services) Vil New York.**

9. Rezon pou pataje enfòmasyon yo: **Selon demann Pasyan an pou rezon aranjman rezonab sèlman.**

10. Dat Ekspirasyon an: **Yon ane apatide dat siyati a**

Mwen te ranpli tout pati yo nan fòm sa a epi yo te reponn kesyon mwen yo konsènan fòm sa a. Yo te ban mwen yon kopi fòm lan

Siyati Pasyan an oswa Reprezantan Otorize selon Lalwa

Dat

Si se pa pasyan an ki siyen fòm lan, bay non moun ki siyen li a

Otorizasyon pou siyen sou non pasyan an:

Nmewo telefòn ki pi bon pou kontakte mwen