

MODULO DI RICHIESTA DI UNA SISTEMAZIONE ADEGUATA (Italian)

ISTRUZIONI: I clienti sono tenuti a compilare la Sezione I e a inviare il presente modulo, unitamente a tutta la documentazione di supporto, al Direttore del programma/della struttura o a una figura equivalente ("Direttore"). Il personale del Dipartimento dei servizi per i senzatetto (Department of Homeless Services, DHS) e del fornitore è tenuto a fornire assistenza al cliente nella compilazione del modulo.

Sezione I: da compilare a cura del cliente o con il suo aiuto.

Nome: _____

Struttura/Programma: _____

SSN/ID cliente: _____ Telefono: _____

Descrivere la sistemazione richiesta (allegare eventuali documenti di supporto).

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.

(Continua sul retro)

AUTORIZZAZIONE HIPAA PER LA DIVULGAZIONE DI DATI SANITARI INDIVIDUALI

Nome del cliente _____

Data di nascita _____ Numero identificativo del caso _____

Ultime 4 cifre del numero di previdenza sociale _____

Il sottoscritto, o il mio rappresentante autorizzato, richiedo che i dati sanitari riguardanti le cure e le terapie a me erogate vengano divulgati secondo quanto stabilito di seguito. Le leggi e i regolamenti federali e statali, tra cui l'HIPAA del 1996, tutelano la riservatezza dei miei dati sanitari protetti (collettivamente denominati "cartella clinica").

Prima di apporvi la mia firma, sono consapevole che:

1. La mia cartella clinica può includere informazioni riservate relative all'**ABUSO DI ALCOL e DROGHE, TRATTAMENTI PSICOLOGICI** (tranne le note relative alla psicoterapia) e **INFORMAZIONI CORRELATE¹ ALL'HIV**. Tali informazioni verranno divulgate soltanto se appongo le mie iniziali nelle apposite caselle al punto 8(a).
2. Posso richiedere un elenco delle persone che potrebbero ottenere o utilizzare i miei dati relativi all'HIV senza il mio consenso. Se subisco discriminazioni a causa della divulgazione di dati relativi all'HIV, posso contattare la Divisione per i diritti civili (Division of Human Rights) dello Stato di New York al numero di telefono **(888) 392-3644** o la Commissione per i diritti civili (Commission of Human Rights) della città di New York al numero di telefono **(212) 416-0197**. Sono responsabili della tutela dei miei diritti.
3. La firma del presente modulo è facoltativa. Se non vi appongo la mia firma, la mia terapia, il pagamento agli operatori sanitari che mi somministrano la medesima, l'iscrizione a un piano sanitario e l'idoneità all'assistenza abitativa non subiranno alcuna conseguenza. Tuttavia, se non vi appongo la mia firma e se non allego la documentazione insieme alla mia richiesta di sistemazione adeguata, tale richiesta potrebbe essere respinta perché il Dipartimento dei servizi per i senzatetto (Department of Homeless Services, DHS) di New York non dispone di alcuna documentazione o informazione di supporto da esaminare.
4. Posso cambiare idea in qualsiasi momento, ad eccezione delle informazioni già divulgate. A tal fine, dovrò darne comunicazione per iscritto al Direttore del centro di accoglienza o della struttura.
5. I miei dati sanitari condivisi ai sensi del presente consenso possono essere nuovamente divulgati dal DHS. Le leggi federali o statali potrebbero non tutelare più la riservatezza di queste informazioni.

(Continua sul retro)

¹ Il virus dell'immunodeficienza umana causa l'AIDS. La legge sulla sanità pubblica (Public Health Law) dello Stato di New York tutela i dati che potrebbero ragionevolmente identificare un soggetto che presenti sintomi o infezione da HIV e i dati che riguardano i contatti di un soggetto.

AUTORIZZAZIONE ALLA CONDIVISIONE DEI DATI SANITARI

6. Nome e indirizzo dell'operatore sanitario o dell'ente di assistenza sanitaria che divulgherà questi dati:

7. Tale operatore sanitario invierà queste informazioni al: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

- 8(a). Dati da divulgare: **Cartelle cliniche relative all'intero anno precedente la data della firma riportata di seguito.** Includere (*indicare con le iniziali*):

- Trattamento per alcolismo/tossicodipendenza Informazioni sulla salute mentale
 Informazioni relative all'HIV

- 8(b). Con l'apposizione delle mie iniziali _____, autorizzo _____
(Iniziali) (Nome del singolo operatore sanitario)

a esaminare i miei dati sanitari con il **Dipartimento dei servizi sociali (Department of Social Services, DSS) della città di New York.**

9. Motivo della divulgazione dei dati: **Su richiesta del paziente, esclusivamente ai fini della richiesta di una sistemazione adeguata.**

10. Data di scadenza: **Un anno dalla data della firma.**

Tutti i campi del presente modulo sono stati compilati e ho ricevuto risposta a tutte le mie domande relative al modulo stesso. Mi è stata consegnata una copia del modulo.

Firma del paziente o del rappresentante legale autorizzato

Data

Nome del firmatario del modulo, se diverso dal paziente

Autorizzazione alla firma per conto del paziente

Numero di telefono per contattarmi