

FORMULARZ WNIOSKU O RACJONALNE USPRAWNIENIA (Polish)

INSTRUKCJE: Klienci muszą wypełnić część I i przesłać formularz wraz z całą dokumentacją pomocniczą do dyrektora programu/placówki lub osoby go zastępującej (dyrektor). Wydział świadczeń dla osób bezdomnych (Department of Homeless Services, DHS) i personel usługodawcy są zobowiązani do pomocy w wypełnieniu niniejszego formularza na prośbę klienta.

Część I: (Ta część powinna zostać wypełniona przez klienta lub wspólnie z klientem).

Imię i nazwisko: _____

Placówka/program: _____

Identyfikator / numer ubezpieczenia społecznego klienta: _____ Telefon: _____

Opis usprawnienia (należy dołączyć całą dokumentację pomocniczą):

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.
(ciąg dalszy na następnej stronie)**

FORMULARZ ZGODY HIPAA NA UJAWNIE INDYWIDUALNYCH INFORMACJI ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko klienta _____
Data urodzenia _____ Identyfikator sprawy _____
Ostatnie 4 cyfry numeru ubezpieczenia społecznego _____

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składamy wniosek o ujawnienie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia, jak określono poniżej. Federalne i stanowe przepisy, w tym ustawa o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (HIPAA) z 1996 roku, gwarantuje prywatność chronionych informacji dotyczących zdrowia.

Przed podpisaniem formularza przyjmuję do wiadomości, że:

1. Moja dokumentacja medyczna może zawierać poufne informacje dotyczące **LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU i NARKOTYKÓW ORAZ ZDROWIA PSYCHICZNEGO** (oprócz notatek z psychoterapii), a także **INFORMACJE DOTYCZĄCE¹ WIRUSA HIV**. Informacje te zostaną udostępnione pod warunkiem, że umieszczę swój podpis w odpowiednim polu w punkcie 8(a).
2. Mogę wnioskować o uzyskanie listy osób, które mogą otrzymać lub wykorzystać informacje dotyczące HIV bez mojej zgody. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dot. HIV można się skontaktować z Wydziałem Praw Człowieka stanu Nowy Jork (New York State Division of Human Rights) pod numerem **(212) 961-8650** lub z Komisją ds. Praw Człowieka miasta Nowy Jork (New York City Commission of Human Rights) pod numerem **(212) 306-7450**. Obowiązkiem tych instytucji jest ochrona moich praw.
3. Podpisanie tego formularza jest dobrowolne. Niepodpisanie tej zgody nie wpłynie na moje leczenie, płatności, rejestrację w planie zdrowotnym ani uprawnienie do otrzymywania świadczeń niezwiązanych ze schroniskiem. Jeśli jednak jej nie podpiszę i nie złożę dokumentacji wraz z moim wnioskiem o racjonalne usprawnienia, mój wniosek może zostać odrzucony, ponieważ Wydział Usług dla Osób Bezdomnych miasta Nowy Jork (DHS) nie będzie miał dokumentów potwierdzających lub informacji do rozpatrzenia wniosku.
4. Mogę zmienić zdanie w dowolnym momencie, nie dotyczy to jednak informacji, które już zostały ujawnione. W tym celu muszę zwrócić się w formie pisemnej do dyrektora mojego schroniska lub placówki.
5. Informacje dotyczącego mojego zdrowia udostępnione na mocy niniejszej zgody mogą być ponownie udostępnione przez DHS. Prywatność tych informacji może nie być dłużej chroniona prawem federalnym lub stanowym.

(ciąg dalszy na następnej stronie)

¹ Wirus nabytego zespołu braku odporności wywołuje AIDS. Ustawa o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork (New York State Public Health Law) chroni informacje, które mogą umożliwiać identyfikację osoby mającej objawy i infekcje związane z HIV oraz informacje dotyczące danych kontaktowych danej osoby.

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZDROWIA

6. Imię i nazwisko / nazwa i adres dostawcy opieki zdrowotnej lub podmiotu, któremu ujawniane są te informacje:

7. Dostawca opieki zdrowotnej prześle informacje do: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

- 8(a). Informacje, które mają zostać ujawnione: **Dokumentacja medyczna za cały rok przed datą złożenia podpisu poniżej.** Obejmuje (*wskazać poprzez parafowanie*):

Leczenie nadużywania alkoholu/narkotyków

Informacje dotyczące zdrowia psychicznego

Informacje dotyczące HIV

- 8(b). Parafując w tym miejscu _____, upoważniam _____
(parafka) (imię i nazwisko / nazwa świadczeniodawcy medycznego)

do omówienia informacji dotyczących mojego zdrowia z **Wydziałem Zasobów Ludzkich NYC.**

9. Powód ujawnienia informacji: **na wniosek pacjenta, tylko w celu złożenia wniosku o racjonalne usprawnienia.**

10. Data ważności: **rok od daty złożenia podpisu**

Wszystkie pozycje tego formularza zostały wypełnione i uzyskałem(-am) odpowiedź na pytania dotyczące tego formularza. Otrzymałem(-am) kopię formularza

Podpis pacjenta lub upoważnionego przedstawiciela

Data

Imię i nazwisko osoby podpisującej formularz,
jeśli pacjent nie składa podpisu

Upoważnienie do złożenia podpisu w imieniu pacjenta

Proszę podać numer telefonu do kontaktu

INFORMACJE DOTYCZĄCE USTAWY O PRZENOŚNOŚCI I ODPOWIEDZIALNOŚCI W UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH (HIPAA) FORMULARZ ZGODY

Poniższe pytania i odpowiedzi
objaśniają, czym jest formularz zgody HIPAA oraz
dlaczego prosimy o jego wypełnienie.

W jakim celu wypełnia się formularz zgody HIPAA?

Niektóre wnioski o uzasadnione udogodnienia muszą zostać poddane ocenie, zanim zostaną zatwierdzone. Biuro ds. Uzasadnionych Udogodnień (Office of Reasonable Accommodations, ORA) podejmuje decyzję na podstawie istotnych informacji od Pana/Pani dostawcy usług zdrowotnych. Dzięki zgodzie HIPAA ORA może skontaktować się z Pana/Pani usługodawcą, jeżeli potrzebuje więcej informacji do rozpatrzenia wniosku. Podpisanie zgody pozwala zaoszczędzić czas w procesie oceny.

Jakie informacje są gromadzone na podstawie formularza?

ORA poprosi wyłącznie o informacje związane z uzasadnionymi udogodnieniami. Pracownicy nie wykorzystają formularza do kontaktu z usługodawcą w sprawach niezwiązanych z wnioskiem.

Jak złożyć formularz?

- Zgoda HIPAA jest ważna, gdy jest wypełniona, podpisana i opatrzona datą.
- Obowiązuje ona przez jeden rok od dnia złożenia podpisu.
- Jeżeli nie może Pan/Pani podpisać zgody, może wyręczyć Pana/Panią upoważniony przedstawiciel. Jeżeli podpis w Pana/Pani imieniu składa upoważniony przedstawiciel, musi Pan/Pani dostarczyć dokument potwierdzający upoważnienie tej osoby, na przykład pełnomocnictwo lub ustanowienie opieki.

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

FORMULARZ ZGODY W RAMACH USTAWY O PRZENOŚNOŚCI I ODPOWIEDZIALNOŚCI W UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH (HIPAA) (c.d.)

Co zrobić, jeżeli już nie chcę, żeby ORA wykorzystywało formularz do kontaktu z moim dostawcą usług medycznych?

Może Pan/Pani wycofać zgodę w dowolnym momencie, ale musi Pan/Pani poinformować o tym dyrektora schroniska lub placówki pisemnie.

Uwaga: Nie musi Pan/Pani podpisywać zgody, jeżeli nie chce Pan/Pani, żebyśmy pomogli w uzyskaniu informacji od usługodawcy. Może Pan/Pani samodzielnie poprosić o odpowiednie informacje usługodawcę i dołączyć je do wniosku o udogodnienia.

Co zrobić, jeśli nie mam żadnych dokumentów?

Jeżeli nie ma Pan/Pani żadnych dokumentów, które mógłby Pan / mogłaby Pani dołączyć do wniosku o uzasadnione udogodnienia i nie wypełnił(a) Pan/Pani formularza HIPAA, Pana/Pani wniosek może zostać odrzucony, ponieważ nie będziemy mieli dokumentów potwierdzających ani informacji pozwalających na dokonanie oceny.

Do kogo kierować pytania dotyczące formularza?

Pracownicy DHS i schroniska odpowiedzą na wszystkie pytania na temat formularza i pomogą go wypełnić.