

## ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОСОБЫХ УСЛОВИЙ (Russian)

**ИНСТРУКЦИИ.** Клиент заполняет Раздел I и подает форму вместе с подтверждающими документами директору программы/учреждения или лицу, которое выполняет обязанности директора (далее «директор»). Сотрудники Департамента по делам бездомных (Department of Homeless Services, DHS) и поставщики услуг должны предложить помощь клиенту с заполнением этой формы в случае необходимости.

### **Раздел I: (этот раздел должен быть заполнен клиентом или вместе с ним.)**

Имя: \_\_\_\_\_

Учреждение/программа: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер /  
номер социального обеспечения клиента: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**Опишите запрашиваемые особые условия проживания  
(приложите любые подтверждающие документы).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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.  
(Продолжение на следующей странице)**

## РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ HIPAA

|                                                             |                   |
|-------------------------------------------------------------|-------------------|
| Имя и фамилия клиента _____                                 |                   |
| Дата рождения _____                                         | Номер дела: _____ |
| Последние четыре цифры номера социального обеспечения _____ |                   |

Я (или мое доверенное лицо) прошу, чтобы медицинская информация о моем медицинском обслуживании и лечении предоставлялась в порядке, предусмотренном в настоящей форме. Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования от 1996 года (HIPAA) предусмотрены обязательства по обеспечению конфиденциальности защищенной медицинской информации.

Перед тем как подписать форму, я понял (-а) указанное ниже.

1. Мои медицинские документы могут содержать конфиденциальные сведения о **ЗЛУОПТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ и НАРКОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ, ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ** (за исключением записей психотерапевта) и **ИНФОРМАЦИЮ<sup>1</sup>, СВЯЗАННУЮ С ВИЧ**. Эта информация может быть раскрыта, только если я поставлю отметки в соответствующих полях в пункте 8(a).
2. Я могу запросить список лиц, которые имеют право получать и использовать мою информацию, касающуюся ВИЧ, без моего согласия. Если я буду подвергаться дискриминации в результате разглашения информации, касающейся ВИЧ, я вправе обратиться в Управление по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по номеру **(212) 961-8650** или в Комиссию по правам человека г. Нью-Йорка (New York City Commission of Human Rights) по номеру **(212) 306-7450**. Эти организации отвечают за защиту моих прав.
3. Подписание данной формы является добровольным. Если я не подпишу данную форму, это не повлияет на мое лечение, оплату поставщикам медицинских услуг, включение меня в план медицинского страхования или мое соответствие критериям получения места для проживания в приюте. Но если я не подпишу данную форму и при этом не отправлю документацию вместе с моим запросом на приспособление к потребностям в разумных пределах, этот запрос может быть отклонен, так как у Департамента по делам бездомных Нью-Йорка (NYC Department of Homeless Services, DHS) не будет подтверждающей документации или информации для проверки.
4. Я могу в любое время изменить свое решение (однако это не касается информации, которая уже была раскрыта). Для этого мне необходимо в письменном виде сообщить о своем решении директору приюта или учреждения, в котором я проживаю.
5. Информация о состоянии моего здоровья, раскрытая в соответствии с настоящим согласием, может быть повторно раскрыта DHS. Конфиденциальность такой информации может быть не защищена федеральными законами или законами штата.

**(Продолжение на следующей странице)**

<sup>1</sup> Вирус иммунодефицита человека, который вызывает СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении (New York State Public Health Law) защищает информацию, с помощью которой действительно возможно установить личность лица с симптомами или инфекцией ВИЧ, а также получить информацию о его контактах.

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

6. Название и адрес поставщика медицинских услуг или организации, которая раскрывает информацию:

---

---

7. Данный поставщик медицинских услуг отправит эту информацию в **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

8(a). Вид раскрываемой информации: **медицинские документы за весь год до даты подписания настоящего документа**, в том числе следующие (*отметьте относящееся к вашей ситуации*):

- Лечение от алкогольной или наркотической зависимости       Информация о психическом здоровье       Информация, относящаяся к ВИЧ

8(b). Написав здесь свои инициалы \_\_\_\_\_, я разрешаю \_\_\_\_\_  
(Инициалы) (Название поставщика медицинских услуг)  
обсуждать мою медицинскую информацию с **Департаментом социальных служб Нью-Йорка.**

9. Причина раскрытия информации: **по запросу пациента только для целей обработки запроса о предоставлении приспособленного жилья.**

10. Дата окончания действия: **через один год после даты подписания.**

Все пункты данной формы заполнены, и мне предоставили ответы на все мои вопросы об этой форме. Мне предоставлена копия формы.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента или его доверенного лица

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия лица, подписывающего форму,  
если это не пациент

\_\_\_\_\_  
Право подписи от имени пациента

\_\_\_\_\_  
Номер телефона, по которому удобнее всего связаться со мной

**ИНФОРМАЦИЯ О ФОРМЕ СОГЛАСИЯ  
В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О  
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И ПОДОТЧЕТНОСТИ  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (HEALTH  
INSURANCE PORTABILITY AND  
ACCOUNTABILITY  
АКТ, HIPAA)**

**Данные ответы на часто задаваемые  
вопросы дают представление о том,  
что такое форма согласия HIPAA и  
почему мы просим вас заполнить ее.**

**Зачем нужно заполнять форму согласия HIPAA?**

Некоторые запросы о предоставлении особых условий (Reasonable Accommodation Requests, RAR) требуют предварительного рассмотрения, прежде чем будет принято решение об их удовлетворении. Управление по вопросам предоставления особых условий (Office of Reasonable Accommodations, ORA) рассматривает соответствующие документы, которые предоставляет поставщик медицинских услуг, и выносит решение по делу. Ваша подпись на форме согласия HIPAA дает ORA право связываться с вашим поставщиком медицинских услуг, если при рассмотрении вашего заявления потребуются дополнительная информация. Подписание данной формы экономит время при рассмотрении вашего дела.

**Какая информация будет собрана с помощью данной формы?**

ORA потребует только ту информацию, которая связана с особыми условиями (Reasonable Accommodation, RA), на предоставление которых вы претендуете. Персонал не будет использовать данную форму, чтобы получить у вашего поставщика медицинских услуг какую-либо информацию, не связанную с вашим запросом.

**Как заполнить данную форму?**

- Чтобы форма согласия HIPAA считалась действительной, необходимо полностью заполнить ее, подписать и указать дату заполнения.
- Данная форма согласия HIPAA действительна в течение одного года с даты ее подписания вами.
- Если у вас нет возможности подписать данное согласие, уполномоченный представитель может сделать это за вас. При подписании документа уполномоченным представителем необходимо предоставить документы, подтверждающие его право на такое действие, например доверенность или документы об опекуновстве.

**ИНФОРМАЦИЯ О ФОРМЕ СОГЛАСИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О  
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И ПОДОТЧЕТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (HIPAA)  
(продолжение)**

**Что делать, если я больше не хочу, чтобы ORA использовало данную форму для  
связи с моим поставщиком медицинских услуг?**

Вы можете уведомить нас о прекращении действия данной формы в любое время, однако вы обязаны сообщить об этом в приют или директору учреждения в письменной форме.

**Примечание.** Не подписывайте данное согласие, если не хотите, чтобы мы получали информацию от вашего поставщика медицинских услуг. Вы можете лично получить информацию от своего поставщика и передать ее вместе с запросом на предоставление особых условий.

**Что делать, если у меня нет никаких документов?**

Если вместе с запросом RAR вы не можете предоставить никаких документов, заполнить и подписать форму HIPAA, то такой запрос может быть отклонен ввиду отсутствия подтверждающих документов и информации для рассмотрения.

**Где можно получить ответы на дополнительные вопросы, касающиеся данной  
формы?**

Персонал DHS и приюта ответит на любые ваши вопросы касательно данной формы и лично поможет вам заполнить ее.