

פארשטענדליכע אקאמאדאציע פארלאנג בויגן (Yiddish)

אנווייזונגען: קליענטן מוזן אויספילן די ערשטע טייל און אריינשיקן די בויגן צוזאמען מיט סיי וועלכע שטיצנדע דאקומענטן צו די פראגראם/איינריכטונג דירעקטאר אדער גלייכבארע פונקציאנירער ("דירעקטאר"). די DHS און פראוויידער שטאב מוזן פארשלאגן צו העלפן די קליענט מיטן אויספילן די בויגן.

ערשטע טייל: די אפטיילונג מוז ווערן אויסגעפילט דורך אדער מיט די קליענט.

נאמען: _____

איינריכטונג/פראגראם: _____

קליענט ID/SSN: _____ טעלעפאן: _____

שילדערט די אקאמאדאציע פארלאנגט (לייגט צו סיי וועלכע שטיצנדע דאקומענטן).

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.

(מישט די בלאט)

HIPAA אויטאריזאציע אויף ארויסצוגעבן אינדיווידועלע העלט אינפארמאציע

קליענט נאמען	_____
דאטום פון געבורט	_____
קעיס ID נומער	_____
לעצטע 4 נומערן פונעם סאושעל סעקיוויטי נומער	_____

איך, אדער מיין אוטאריזירטער פארטרעטער, פארלאנג אז די העלט אינפארמאציע אנבאלאנגט מיין מעדעצינישע קעיר און באהאנדלונג קען ווערן ארויסגעלאזט ווי אויסגערעכנט אונטן. פעדעראלע און סטעיט געזעץ און רעגולאציע, אריינגערעכנט די העלט אינשורענס פארטאביליטי און אקאונטאביליטי אקט פון 1996 (HIPAA) באשיצן די געהיימעניס פון מיין באשיצטע העלט אינפארמאציע (אלעס צוזאמען די "העלט רעקארד").

איידער איך שרייב אונטער, פארשטיי איך אז:

1. מיין העלט רעקארדס קען ענטהאלטן די געהיימע אלקאהאל און דראג אביוז, גייסטיגע געזונטהייט באהאנדלונג, (אויסער פסיכאטעראפיע באמערקונגען), און HIV-פארבינדענע¹ אינפארמאציע. די אינפארמאציע וועט נאר ווערן ארויסגעגעבן אויב איך שרייב אונטער מיין ראשי תיבות (אינישלאס) אין די פאסיגע קעסטלעך אין נומער 8(a).

2. איך קען בעטן א ליסטע פון מענטשן וואס קענען באקומען אדער נוצן מיין HIV-פארבינדענע אינפארמאציע אן מיין ערלויבעניש. אויב איך לייד פון דיסקרימינאציע צוליב דעם וואס מען געבט ארויס HIV-פארבינדענע אינפארמאציע, קען איך זיך פארבינדן מיט די ניו יארק סטעיט אפטיילונג פון מענטשליכע רעכטן אויף 392-3644 (888) אדער די ניו יארק סיטי קאמיסיע אויף מענטשליכע רעכטן אויף 416-0197 (212). זיי זענען פאראנטווארטליך צו באשיצן מייע רעכטן.

3. אונטערשרייבן די בויגן איז פרייוויליג. אויב איך שרייב נישט אונטער, וועט עס נישט האבן א ווירקונג אויף מיין באהאנדלונג, באצאלונג פאר באהאנדלונג פראוויידער, איינשרייבונג אין א העלט פלאן און בארעכטיגונג פאר שעלטער. אבער, אויב איך שרייב עס נישט אונטער און איך האב נישט אריינגעשיקט דאקומענטן מיט מיין פארשטענדליכע אקאמאנדאציע פארלאנג, קען מיין פארשטענדליכע אקאמאנדאציע פארלאנג ווערן אפגעזאגט צוליב דעם וואס די ניו יארק סיטי דעפארטמענט פון היימלאזיגקייט סערוויסעס (DHS) האט נישט געהאט קיין שטיצנדע דאקומענטן אדער אינפארמאציע איבערצוקוקן.

4. איך קען אייביג טוישן מיין מיינונג אויסער פאר אינפארמאציע וואס איז שוין ארויסגעגעבן געווארן. דאס צו טוען, דארף איך זאגן פאר מיין שעלטער אדער איינריכטונג דירעקטאר שריפטליך.

5. מיין העלט אינפארמאציע וואס ווערט מיטגעטיילט אונטער די צושטימונג קען ווערן ווידער-ארויסגעגעבן דורך די DHS. די געהיים פון די אינפארמאציע קען מער נישט זיין באשיצט דורך די פעדעראלע אדער סטעיט געזעץ.

(מישט די בלאט)

¹ די מענטשליכע אימונא-דעפישענסי ווירוס (Human Immunodeficiency Virus, HIV) פאראורזאכט AIDS. די ניו יארק סטעיט פובליק העלט געזעץ באשוצט אינפארמאציע וועלכע קען פארשטענדליך אידענטיפיצירן איינעם אלס האבן HIV סימפטאמען אדער אנשטעקונג און אינפארמאציע אנבאלאנגט א מענטש'ס פארבינדונגען.

ערלויבעניש צו מיטטיילן העלט אינפארמאציע

6. נאמען און אדרעס פונעם העלט פראוויידער אדער איינהייט צו אנטדעקן די אינפארמאציע:

7. די העלט פראוויידער וועט שיקן די אינפארמאציע צו: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007**

8(a). אינפארמאציע צו ווערן ארויסגעגעבן: **מעדעצינישע רעקארדס פארן גאנצע יאר איידער די אונטערשרייבונג דאטום אונטן**. אריינגערעכנט (באצייכנט דורך שרייבן ראשי תיבות):

אלקעהאל/דראג באהאנדלונג גייסטישע געזונט אינפארמאציע HIV-פארבינדענע אינפארמאציע.

8(b). דורך שרייבן מיין ראשי תיבות דא _____, געב איך ערלויבעניש פאר _____
(ראשי תיבות) (נאמען פונעם אינדיווידועל העלט קעיר פראוויידער)

צו אדורכרעדן מיין העלט אינפארמאציע מיט די ניו יארק סיטי דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס.

9. סיבה פארן ארויסלאזן אינפארמאציע: **לויטן פארלאנג פונעם פאציענט בלויז פארן צוועק פון פארשטענדליכע אקאמאנדאציע.**

10. אויסלויף דאטום: **איין יאר פון די דאטום פון ווערן אונטערגעשריבן**

אלע זאכן אויף דעם בויגן זענען אויסגעפילט געווארן און מיינע פראגן איבער דעם בויגן זענען געענטפערט געווארן. איך האב באקומען א קאפיע פונעם בויגן

דאטום

אונטערשריפט פונעם פאציענט אדער אויטאריזירטע פארטרעטער לויטן געזעץ

אויב איר זענט נישט דער פאציענט, דאן שרייבט די נאמען פון די מענטש וועלכער שרייבט אונטער דעם בויגן

ערלויבעניש אונטערצושרייבן אין נאמען פון פאציענט

די בעסטע טעלעפאן נומער מיר צו רופן אויף