

Formulaire d'autorisation de divulgation de dossier
(French)

Je demande ce qui suit : Lettre des antécédents de l'abri Exemple de mon dossier

Nom : _____ **Date de naissance :** _____

N° de Sécurité sociale : _____ **Identifiant CARES :** _____

Par la présente, j'autorise le Département des services pour les sans-abri (Department of Homeless Services, DHS) à divulguer mon dossier que l'agence conserve en mon nom à moi-même ou à mon représentant de : _____

Veillez cocher toutes les options applicables :

- Je ne consens pas à la divulgation de données médicales et psychiatriques.
- Je ne consens pas à la divulgation de données relatives au VIH.
- Je ne consens pas à la divulgation de données relatives à la toxicomanie.
- Je ne consens pas à la divulgation de données relatives à mon statut de victime de violence conjugale.
 - Je comprends que j'ai le droit de consulter toutes les informations contenues dans mon dossier.
 - Je comprends que je peux refuser de signer ce formulaire.
 - Je comprends que mon dossier est protégé par la loi.
 - Je comprends que mon dossier peut contenir des données médicales, y compris des données psychiatriques ou des données relatives à l'alcoolisme ou à la toxicomanie.
 - Je comprends que mon dossier peut contenir des données relatives au VIH, notamment toute information indiquant que j'ai fait l'objet d'un test de dépistage du VIH, que je souffre d'une infection au VIH, d'une maladie liée au VIH ou du sida, ou toute information indiquant que j'ai été potentiellement exposé(e) au VIH.
 - Je comprends que mon dossier peut contenir des données relatives à mon statut de victime de violence conjugale.
 - Je suis conscient(e) que, sauf indication contraire ci-dessus, toute donnée relative au VIH et à la violence conjugale contenue dans mon dossier peut être communiquée à la personne mentionnée dans ce formulaire.
 - Je sais que je peux changer d'avis concernant cette autorisation à tout moment avant que les informations ne soient divulguées.
 - J'autorise cette divulgation pour 180 jours.
 - Une photocopie de cette autorisation peut être suffisante.
 - Ma signature indique que j'ai lu tout ce qui précède.

(Tourner la page)

Formulaire d'autorisation de divulgation de dossier (suite)

Remarque à l'intention du destinataire des informations confidentielles :

Ces informations qui vous ont été communiquées proviennent d'un dossier confidentiel qui est protégé par la législation étatique. La législation étatique interdit toute divulgation ultérieure de ces informations sans le consentement écrit préalable de la personne à qui elles font référence, sauf disposition législative contraire. Toute divulgation ultérieure non autorisée en violation de la législation étatique est passible d'une amende, d'une peine de prison ou des deux. Une autorisation générale de divulgation de données médicales ou de toute autre information n'est pas suffisante pour justifier une divulgation ultérieure de ces informations. Loi sur la santé publique (Public Health Law) de New York, Article 27-F-§2782(5)(a).

Signature du/de la client(e) : _____ **Date :** _____

Votre signature doit être authentifiée ou un témoin doit vérifier votre identité avant que le dossier puisse être envoyé par la poste ou par courrier électronique. La livraison par courrier électronique est soumise à des contraintes techniques et à des limites en matière de taille de fichier.

- Envoyez-moi mon dossier par la poste ou
 par courrier électronique à l'adresse indiquée ci-dessous :



Envoyez le formulaire dûment rempli par la poste à :

DSS Office of Legal Affairs - Records Access
150 Greenwich Street (38th Fl.)
New York, NY 10007



Adresse électronique :

RecordsAccess@dhs.nyc.gov



Télécopie : 917 639 0367

Notary Information Here (Informations sur clerc certificateur ici)
DHS/Provider Witness (Témoin du DHS/prestataire)
_____ Print name
_____ Signature
_____ Date