

Formularz upoważnienia do udostępnienia dokumentacji
(Polish)

Wnioskuje o:

- pismo dotyczące wcześniejszych pobytów w schronisku kopię dokumentacji sprawy

Imię i nazwisko: _____ **Data urodzenia:** _____

NR UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SSN): _____ **Identyfikator CARES:** _____

Niniejszym upoważniam Wydział Usług dla Osób Bezdomnych (Department of Homeless Services) do udostępniania danych dotyczących mojej osoby, w których posiadaniu znajduje się agencja, mnie lub mojemu przedstawicielowi z: _____

Należy zaznaczyć wszystkie odpowiedzi, które mają zastosowanie:

- Nie wyrażam zgody na udostępnianie żadnych danych medycznych ani żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia psychicznego.
- Nie wyrażam zgody na udostępnianie informacji dotyczących wirusa HIV.
- Nie wyrażam zgody na udostępnianie informacji dotyczących uzależnienia od środków odurzających.
- Nie wyrażam zgody na udostępnianie informacji dotyczących mojego statusu ofiary przemocy domowej.
- Rozumiem, że mam prawo dostępu do wszelkich informacji zawartych w mojej dokumentacji.
 - Rozumiem, że mogę odmówić podpisania tego formularza.
 - Rozumiem, że moja dokumentacja i moje dane są chronione prawem.
 - Rozumiem, że moja dokumentacja może zawierać dane medyczne, w tym informacje dotyczące stanu zdrowia psychicznego oraz uzależnienia od alkoholu/narkotyków.
 - Rozumiem, że moja dokumentacja może zawierać informacje dotyczące wirusa HIV, w tym wszelkie informacje wskazujące na to, że wykonywano u mnie testy na obecność HIV, choruję na AIDS, mam zakażenie wirusem HIV, mam chorobę związaną z wirusem HIV lub byłem(-am) potencjalnie narażony(-a) na ryzyko zakażenia wirusem HIV.
 - Rozumiem, że moja dokumentacja może zawierać informacje dotyczące mojego statusu ofiary przemocy domowej.
 - Jestem świadomy(-a), że o ile nie zaznaczę inaczej powyżej, wszelkie informacje związane z wirusem HIV i przemocą domową zawarte w mojej dokumentacji mogą zostać udostępnione osobie wymienionej w tym formularzu.
 - Zostałem(-am) poinformowany(-a), że w dowolnym momencie przed ujawnieniem takich informacji mogę cofnąć to upoważnienie.
 - Upoważnienia udzielam na okres 180 dni.
 - Kserokopia tego upoważnienia jest prawnie wiążącym dokumentem.
 - Mój podpis świadczy o tym, że przeczytałem(-am) wszystkie powyższe informacje.

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Formularz upoważnienia do udostępnienia dokumentacji (ciąg dalszy)

Uwaga dla odbiorcy informacji poufnych:

Niniejsze ujawnione Panu/Pani informacje pochodzą z poufnych baz danych chronionych prawem stanowym. Prawo stanowe zabrania dalszego ujawnienia tych informacji bez wyraźnej pisemnej zgody osoby, której dotyczą, lub bez zezwolenia na mocy prawa. Wszelkie nieupoważnione dalsze ujawnienie stanowiące naruszenie prawa stanowego może skutkować grzywną lub wyrokiem sądowym. Ogólne upoważnienie do ujawnienia informacji medycznych lub innych informacji nie jest wystarczającym upoważnieniem do dalszego ujawniania informacji. Ustawa o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork – art. 27-F-§2782(5)(a).

Podpis klienta: _____ **Data:** _____

Zanim dokumentacja będzie mogła zostać przesłana pocztą tradycyjną lub elektroniczną, wymagamy notarialnego poświadczenia podpisu lub obecności świadka, który zweryfikuje Pana/Pani tożsamość. Przesyłka drogą elektroniczną podlega ograniczeniom technicznym i wymogom dotyczącym rozmiaru pliku.

Wnioskuje o przesłanie mi dokumentacji pocztą lub e-mailem na poniższy adres:



Wypełniony formularz należy przesłać pocztą na adres:

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



E-mailem: RecordsAccess@dhs.nyc.gov



Faksem: 917-639-0367

Notary Information Here (Miejsce na informacje notarialne)
DHS/Provider Witness (Świadek DHS/administratora)
_____ Print name
_____ Signature
_____ Date