

**记录披露授权书
(Simplified Chinese)**

本人在此申请： 庇护所历史信函 本人的病历记录副本

姓名： _____ 出生日期： _____ SSN： _____

CARES ID： _____

本人在此授权游民服务局 (Department of Homeless Services) 向本人或本人的代表披露该机构以本人的名义保存的记录： _____

请勾选所有适用项：

- 本人不同意披露所有医疗和精神病学信息。
- 本人不同意披露与 HIV 相关的信息。
- 本人不同意披露药物滥用信息。
- 本人不同意披露有关本人作为家庭暴力受害者身份的信息。
 - 本人了解本人有权获取本人的记录中包含的所有信息。
 - 本人了解本人可以拒绝签署此表格。
 - 本人了解本人的记录受法律保护。
 - 本人了解本人的记录可能包含医疗信息，包括精神病学信息和/或酒精/药物滥用信息。
 - 本人了解本人的记录可能包含与 HIV 相关的信息，包括任何表明本人进行了 HIV 相关测试、患有 HIV 感染、HIV 相关疾病或艾滋病 (AIDS) 的信息，或本人可能接触过 HIV 的信息。
 - 本人了解本人的记录可能包含与本人作为家庭暴力受害者的身份有关的信息。
 - 本人知道，除非本人在上面另有说明，否则本人的记录中包含的任何与 HIV 相关的信息和与家庭暴力相关的信息都可以被提供给此表格中列出的人。
 - 本人知道，在信息披露之前，本人可以随时改变本人对此授权的决定。
 - 本人对本披露的授权有效期为 180 天。
 - 本授权书的复印件有效。
 - 本人的签名表明本人已阅读以上所有内容。

记录披露授权书 (续前页)

机密信息接收方注意事项:

向您披露的信息来源于机密记录，记录受州法律保护。除非法律另有规定，否则州法律禁止您在未获得相关人员的明确书面同意时，进一步披露此信息。违反州法律进行任何未经授权或进一步的披露信息可能导致罚款或被判入狱，或二者并罚。对医疗或其他信息披露的一般授权不代表进一步披露授权。纽约公共卫生法 (Public Health Law) 第 27-F-§2782(5)(a) 条。

客户签名: _____ 日期: _____

在邮寄或通过电子邮件发送记录之前，您必须公证您的签名或由见证人验证您的身份。电子邮件递送受技术限制和文件大小限制。

邮寄或 通过电子邮件将本人的记录发送给本人在下面列出的地址:



将填写好的表格邮寄至:
DSS Office of Legal Affairs - Records Access
150 Greenwich Street (38th Fl.)
New York, NY 10007



电子邮件: RecordsAccess@dhs.nyc.gov



传真: 917-639-0367

Notary Information Here (此处为公证信息)
DHS/Provider Witness (DHS/提供者证人)
_____ Print name
_____ Signature
_____ Date