

記錄披露授權書
(Traditional Chinese)

本人在此申請： 庇護所歷史信函 本人的病一歷記錄副本

姓名：_____ 出生日期：_____ SSN：_____

CARES ID：_____

本人在此授權遊民服務局 (Department of Homeless Services) 向本人或本人的代表披露該機構以本人的名義保存的記錄：_____

勾選所有符合的項目：

- 本人不同意披露所有醫療和精神病學資訊。
- 本人不同意披露與 HIV 相關的資訊。
- 本人不同意披露藥物濫用資訊。
- 本人不同意披露有關本人作為家庭暴力受害者身份的資訊。
 - 本人瞭解本人有權獲取本人的記錄中包含的所有資訊。
 - 本人瞭解本人可以拒絕簽署此表格。
 - 本人瞭解本人的記錄受法律保護。
 - 本人瞭解本人的記錄可能包含醫療資訊，包括精神病學訊息和/或酒精/藥物濫用訊息。
 - 本人瞭解本人的記錄可能包含與 HIV 相關的資訊，包括任何表明本人進行了 HIV 相關測試、患有 HIV 感染、HIV 相關疾病或愛滋病 (AIDS) 的訊息，或本人可能接觸過 HIV 的訊息。
 - 本人瞭解本人的記錄可能包含與本人作為家庭暴力受害者的身份有關的資訊。
 - 本人知道，除非本人在上面另有說明，否則本人的記錄中包含的任何與 HIV 相關的資訊和與家庭暴力相關的資訊都可以被提供給此表格中列出的人。
 - 本人知道，在資訊披露之前，本人可以隨時改變本人對此授權的決定。
 - 本人對本披露的授權有效期為 180 天。
 - 本授權書的複印件有效。
 - 本人的簽名表明本人已閱讀以上所有內容。

記錄披露授權書 (續前頁)

機密資訊接收方注意事項：

此訊息已由受國家法律保護的機密記錄披露予您。在未取得相關人士的明確書面同意，或是法律另行許可的情況下，州法律禁止您進一步披露此資訊。違反州法律的任何未授權或進一步披露可能造成罰款或監禁，或兩者並行。披露醫療或其他資訊的一般授權不構成進一步披露的條件。紐約公共衛生法 (Public Health Law) 第 27-F-§2782(5)(a) 條。

客戶簽名：_____ 日期：_____

在郵寄或通過電子郵件發送記錄之前，您必須公證您的簽名或由見證人驗證您的身份。電子郵件遞送受技術限制和文件大小限制。

郵寄或 通過電子郵件將本人的記錄發送給本人在下面列出的地址：



將填寫好的表格郵寄至：
DSS Office of Legal Affairs - Records Access
150 Greenwich Street (38th Fl.)
New York, NY 10007



電子郵件：RecordsAccess@dhs.nyc.gov



傳真：917-639-0367

Notary Information Here (此處為公證訊息)
DHS/Provider Witness (DHS/提供者證人)
_____ Print name
_____ Signature
_____ Date