



ניו יארק סיטי טשילדרען'ס סינגל פוינט אוו עקסעס: אויטאריזאציע ארויסצוגעבן אינפארמאציע

נאמען פון קינד/פאציענט:	דאטום פון געבורט:
-------------------------	-------------------

איך, _____, אויטאריזיר די ניו יארק סיטי אפטיילונג פון געזונטהייט און גייסטישע היגיענע, דורך איר טשילדרען'ס סינגל פוינט אוו עקסעס (Children's Single Point of Access, CSPOA), צו סיי ארויסגעבן און סיי ערהאלטן אדער באקומען צוטריט צו די פאלגענדע אינפארמאציע וועגן מיין קינד (אדער וועגן מיר אויב איך בין אלט 18 יאר אדער עלטער):

אלע עדיוקעישענעל, מעדיצינישע, סובסטאנץ עביז באהאנדלונג, און מענטעל העלט אפשאצונגען, אריינגערעכנט די יוניווערסל רעפערל בויגן; פסיכיאטרישע און פסיכאלאגישע אפשאצונגען; סייקא-סאושעל אפשאצונגען; דיסטשארדש באריכטן; אלע קלינישע דאטא; סייקא-טעראפי נאטיצן רעקארדירט דורך א העלט-קעיר פראוויידער וואס איז א מענטעל העלט פראפעסיאנאל וואס דאקומענטירט אדער אנאלאזירט די אינהאלט פון געשפרעכן דורכאויס א פריוואטע קאונסעלינג סעסיע אדער א גרופע, דשאונט אדער פאמיליע קאונסעלינג סעסיע, וואס קען מעגליך ווערן אפגעטיילט פון מיינע איבעריגע מעדיצינישע רעקארדס; אלע אינפארמאציע אין באזיץ פון אדער געשאפן דורך CSPOA; און אנדערע אינפארמאציע אויסגערעכנט אינעם קעסטל דא אונטן:

אנדערע אינפארמאציע צו ווערן ארויסגעגעבן [אויב די אינפארמאציע וואס ווערט ארויסגעגעבן קומט אונטער 42 CFR Part 2, רעכנט אויס די פונקטליכע אינפארמאציע דא]:

איך אויטאריזיר CSPOA צו ארויסגעבן און צו ערהאלטן אדער באקומען צוטריט די אינפארמאציע אויסגערעכנט אויבן פון סיי וועלכע העלט פלאן, דאקטאר, העלט קעיר פראפעסיאנאל, שפיטאל, קליניק, לאבאראטארי, פארמעסי, מעדיצינישע פאסיליטי, אדער אנדערע העלט קעיר פראוויידער, סאושעל ווארקער, סאושעל סערוויס ארגאניזאציע, מענטל העלט סערוויס פראוויידער, אדער אנדערע מענטש(ן) אדער ארגענעזאציע(ס) אויסגערעכנט אין די קעסטל דא אונטן וואס האט צוגעשטעלט אדער גייט צושטעלן באצאלונג, באהאנדלונג, אדער סערוויסעס פאר מיין קינד אדער פאר מיין קינד'ס וועגן (אדער פאר מיר אדער פאר מיינע וועגן אויב איך בין אלט 18 יאר אדער עלטער):

נאמען פון אנדערע מענטש(ן) אדער ארגאניזאציע(ס) ארויסצוגעבן אינפארמאציע [אויב די אינפארמאציע וואס ווערט ארויסגעגעבן קומט אונטער 42 CFR Part 2, רעכנט אויס די פונקטליכע מענטש(ן) אדער ארגאניזאציע(ס) און די נאמען פון קאנטאקט(ן) וואס וועט באקומען די אינפארמאציע]:

די אויטאריזאציע וועט אויסלויפן ווען עס ווערט אפגערופן דורך מיר, חוץ אויב א דאטום אדער פאל ווערט קלאר ארויסגעשריבן אינעם קעסטל דא אונטן:

דאטום אדער פאל ווען די אויטאריזאציע וועט אפלויפן:

די אינפארמאציע ווערט ארויסגעגעבן אדער ערהאלטן דורך CSPOA אויף מיין פארלאנג און/אדער פאר די צוועק פון אפגעשאצט ווערן פאר סערוויסעס, באשטימען בארעכטיגונג, רעפערל צו סערוויסעס, אדער צושטעלן סערוויסעס פאר מיין קינד (אדער מיר אויב איך בין אלט 18 יאר אדער עלטער), און/אדער פאר די צוועק(ן) אויסגערעכנט אינעם קעסטל דא אונטן:

אנדערע צוועק(ן) פארן ארויסגעבן:

איך פארשטיי אז איך מוז נישט אונטערשרייבן די אויטאריזאציע און אז זיך אפזאגן פון אונטערשרייבן וועט נישט אפגעקטירן מיין קינד'ס מעגליכקייט (אדער מיין מעגליכקייט אויב איך בין אלט 18 יאר אדער עלטער) צו באקומען באהאנדלונג, ווי אויך וועט עס נישט אפגעקטירן מיין קינד'ס בארעכטיגונג פאר סערוויסעס (אדער מיין בארעכטיגונג אויב איך בין אלט 18 יאר אדער עלטער). מיט געוויסע אויסנאמען, קען אינפארמאציע וואס איז שוין ארויסגעלאזט געווארן, ווערן ווייטער געשיקט דורך דער וואס האט עס ערהאלטן.

איך טו אויך פארשטיין אז איך האב די רעכט צוריקצוציען פון די אויטאריזאציע סיי ווען דורך שרייבן צו: NY 11101, Long Island City, 42-09 28th St, CSPOA :Attn, DOHMH. איך פארשטיי אז מיין צוריקצואונג וועט גארנישט אויפטוהן אויב די מענטשן אדער ארגענעזאציעס וואס איך האב אויטאריזירט צו נוצן און/אדער ארויסגעבן אינפארמאציע בנוגע מיין קינד (אדער מיר אויב איך בין אלט 18 יאר אדער עלטער) האבן שוין גענומען שריט צוליב מיין אויטאריזאציע.

דאטום

אונטערשריפט פון דעם פאציענט אדער פארשטייער אויטאריזירט דורכ'ן געזעץ

3.25 Yiddish