



AUTHORIZATION TO RELEASE CASE INFORMATION

Department of Social Services (DSS)

Client's First and Last Name:	Client's Date of Birth (DOB):
HRA or CARES Case Number:	
Client's Current Address:	
Client's Telephone Number:	
Client's Email Address:	
Time Period for Information Being Requested:	
Describe Issue and Request: _____ _____ _____	

Please note that this form should NOT be used to authorize the release of any protected health information, including information related to Medicaid, HIV-AIDS, mental health and/or substance use information. To authorize the release of these types of information, please use the HIPAA Authorization Form (**OCA-960**).

(Turn Page)

Please check one:

☐ Release of HRA-related case information

☐ Release of DHS-related case information

I, or my authorized representative, request that my case information be released to the below elected official, non-profit agency, or community-based organization for assisting me with my case-related issues.

Name of Requestor and Office Affiliation

Contact Number

Name of Advocate

Contact Number

Signature of DSS Client

Date

Please Note: This authorization will expire one year from the date of signature.

I have the right to revoke my authorization at any time by writing to the Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EL CASO
Departamento de Servicios Sociales (DSS)

Nombre(s) y apellido(s) del cliente/de la clienta:	Fecha de nacimiento del cliente/de la clienta:
Número de caso de la <i>HRA</i> o de <i>CARES</i> :	
Dirección actual del cliente/de la clienta:	
Número de teléfono del cliente/de la clienta:	
Correo electrónico del cliente/de la clienta:	
Período de tiempo de la información que se pide:	
Describa el asunto y la petición: _____ _____ _____	

Favor de tener en cuenta que este formulario NO debe ser usado para autorizar la divulgación de ninguna información de salud protegida, incluyendo información relacionada con *Medicaid*, VIH-SIDA, salud mental y/o información sobre el uso de sustancias. Para autorizar la divulgación de este tipo de información, por favor use el Formulario de autorización de *HIPAA* (*HIPAA Autorización Form OCA-960*).

(Gire la hoja)

Favor de marcar uno de los siguientes:

☐ Divulgar información sobre el caso de la *HRA* ☐ Divulgar información sobre el caso del *DHS*

Yo pido, o mi representante autorizado pide, que se divulgue información sobre mi caso al funcionario(a) electo, a la agencia sin fines de lucro o a la organización comunitaria que figuran a continuación, para ayudarme con los asuntos relacionados con mi caso.

Nombre del peticionario(a) y de la oficina afiliada
a la cual está afiliado(a)

Número de contacto

Nombre de la persona que aboga

Número de contacto

Firma del cliente/de la cliente del *DSS*

Fecha

Favor de tener en cuenta que: esta autorización se vencerá en un año, contando a partir de la fecha en que se firmó la divulgación.

Tengo el derecho de revocar mi autorización en cualquier momento, enviando un escrito a:
Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007. Entiendo que podré revocar mi autorización, excepto cuando ya se haya iniciado la acción de divulgar información en base a esta autorización.

个案信息披露授权
社会服务局 (Department of Social Services, DSS)
(Simplified Chinese)

客户姓名:	客户出生日期 (Date of Birth, DOB):
HRA 或 CARES 个案号码:	
客户当前地址:	
客户电话号码:	
客户电子邮件地址:	
要求提供信息的时间段:	
描述问题和要求: _____ _____ _____	

请注意, 此表格不能用于授权披露任何受保护的健康信息, 包括与 Medicaid、HIV-AIDS 和/或药物滥用相关的信息。如需授权披露这些类型的信息, 请使用 HIPAA 授权表 (OCA-960)。

请勾选一项：

☐ HRA 相关个案信息披露

☐ DHS 相关个案信息披露

本人或本人授权代表要求将本人个案信息披露给以下当选官员、非营利性机构或社区组织，以协助本人解决个案相关问题。

申请者姓名及隶属机构名称

联系电话

律师姓名

联系电话

DSS 客户签名

日期

请注意： 本授权将于签名日期起一年后到期。

本人有权随时致函至 Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007，要求撤销本人授权。本人了解，本人可撤销本授权，但撤销前已依据本授权采取的行动除外。

個案資訊披露授權
社會服務局 (Department of Social Services, DSS)
(Traditional Chinese)

客戶姓名：	客戶出生日期 (Date of Birth, DOB)：
HRA 或 CARES 個案號碼：	
客戶目前地址：	
客戶電話號碼：	
客戶電子郵件地址：	
要求提供資訊的時間段：	
說明問題與請求： _____ _____ _____	

請注意，此表格不能用於授權披露任何受保護的健康資訊，包括與 Medicaid、HIV-AIDS、心理健康和/或藥物濫用相關的資訊。如需授權披露這些類型的資訊，請使用 HIPAA 授權表 **(OCA-960)**。

(翻頁)

請勾選一項：

☐ HRA 相關個案資訊披露

☐ DHS 相關個案資訊披露

本人或本人授權代表申請將本人個案資訊披露給以下當選官員、非營利機構或社區組織，以協助本人解決與本人個案有關的問題。

申請人姓名與所屬辦公室名稱

聯絡號碼

律師姓名

聯絡號碼

DSS 客戶簽名

日期

請注意：此授權將自簽名日期起一年後過期。

本人有權隨時寫信至 **Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007**，以撤銷本人的授權。本人瞭解，本人可以撤銷此授權，但撤銷前已根據此授權採行的動作不在此限。

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СОДЕРЖАЩЕЙСЯ
В ДЕЛЕ ИНФОРМАЦИИ**

**Департамент социальных служб (Department of Social Services, DSS)
(Russian)**

Имя и фамилия клиента:	Дата рождения клиента:
Номер дела HRA или CARES:	
Текущий адрес клиента:	
Номер телефона клиента:	
Адрес эл. почты клиента:	
Период времени для запрашиваемой информации:	
Опишите ситуацию и запрос: _____ _____ _____	

Обратите внимание, что эта форма НЕ должна использоваться для разрешения на раскрытие любой защищенной медицинской информации, включая сведения, относящиеся к Medicaid, ВИЧ и СПИД, психическому здоровью и (или) употреблению психоактивных веществ. Чтобы позволить раскрытие такой информации, используйте форму разрешения HIPAA (OSA-960).

(Продолжение на следующей странице)

Отметьте один из вариантов.

☐ Предоставить информацию,
содержащуюся в моем деле HRA

☐ Предоставить информацию, содержащуюся
в моем деле DHS

Я или мое доверенное лицо просим, чтобы информация, содержащаяся в моем деле, была предоставлена указанному ниже должностному лицу, некоммерческому учреждению или районной организации для оказания мне поддержки по вопросам, связанным с моим делом.

Имя лица, запрашивающего информацию и
название филиала офиса

Контактный номер

Имя и фамилия адвоката

Контактный номер

Подпись клиента DSS

Дата

Примечание. Срок действия данного разрешения истекает через один год с даты после его подписания.

Я имею право отозвать свое разрешение в любой момент времени, направив письменное уведомление в Управление трудовых ресурсов по адресу Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007. Я понимаю, что отзыв настоящего разрешения не распространяется на те случаи, когда на его основании уже совершены определенные действия.

تصريح الإفصاح عن معلومات الحالة
إدارة الخدمات الاجتماعية (DSS)
(Arabic)

الاسم الأول واسم عائلة العميل:	تاريخ ميلاد العميل (DOB):
رقم حالة HRA أو CARES:	
عنوان العميل الحالي:	
رقم هاتف العميل:	
عنوان البريد الإلكتروني للعميل:	
الفترة الزمنية للمعلومات المطلوبة:	
وصف المشكلة والطلب:	

يرجى ملاحظة أنه لا يجب استخدام هذا النموذج للإفصاح عن أية معلومات صحية محمية، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بميديكيد، أو فيروس نقص المناعة البشرية/(HIV) مرض الإيدز(AIDS) ، أو الصحة العقلية و/أو معلومات تعاطي المواد المخدرة. للتفويض بإفصاح هذه النوعية من المعلومات، يرجى استعمال نموذج تصريح. HIPAA (OCA-960)

يرجى تحديد أحد الخيارات فقط:

☐ الإفصاح عن معلومات حالة DHS

☐ الإفصاح عن معلومات حالة HRA

أطلب أنا أو ممثلي المفوض الإفصاح عن معلومات حالتي إلى المسؤول، أو المنظمات غير الربحية، أو المنظمات المجتمعية المختارة أدناه لمساعدتي في المسائل المتعلقة بحالتي.

رقم الاتصال

اسم الطالب والالتحاق المكتبي

رقم الاتصال

اسم المدافع

التاريخ

توقيع عميل DSS

يرجى العلم: أن هذا التصريح سينتهي بعد سنة واحدة من تاريخ التوقيع.

أن لدي الحق في إبطال التصريح في أي وقت عن طريق الكتابة إلى Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007. أدرك أنه يمكنني إبطال هذا التصريح ما عدا إلى الحد الذي يكون قد تم فيه اتخاذ إجراء بالفعل بناءً على هذا التصريح.

কেস সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন
সমাজসেবা বিভাগ (Department of Social Services, DSS)
(Bengali)

গ্রাহকের নাম ও পদবি:	গ্রাহকের জন্ম তারিখ (Date of Birth, DOB):
HRA বা CARES কেস নম্বর:	
গ্রাহকের বর্তমান ঠিকানা:	
গ্রাহকের টেলিফোন নম্বর:	
গ্রাহকের ইমেল ঠিকানা:	
অনুরোধ করা তথ্যের সময়কাল:	
সমস্যা ও অনুরোধের বর্ণনা দিন: _____ _____ _____	

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে এই ফর্মটি **Medicaid, HIV-AIDS**, মানসিক স্বাস্থ্য এবং/অথবা মাদকদ্রব্য গ্রহণ করার তথ্য সহ কোনও সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের অনুমোদনের জন্য ব্যবহার করা উচিত নয়। এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করতে, অনুগ্রহ করে **HIPAA** অনুমোদন ফর্ম (**OCA-960**) ব্যবহার করুন।

(পরের পাতায় যান)

অনুগ্রহ করে একটিতে টিক দিন:

☐ HRA সংক্রান্ত কেসের তথ্যের প্রকাশ

☐ DHS সংক্রান্ত কেসের তথ্যের প্রকাশ

আমি, বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি, অনুরোধ করছি যে আমার কেস সম্পর্কিত সমস্যাগুলিতে আমাকে সহায়তা করার জন্য আমার কেস সম্পর্কিত তথ্য নীচে নির্বাচিত কর্মকর্তা, অলাভজনক সংস্থা, বা সম্প্রদায়ভিত্তিক সংস্থার নিকট প্রকাশ করা হোক।

অনুরোধকারীর নাম এবং অফিসের অনুমোদন

যোগাযোগের নম্বর

আইনজীবীর নাম

যোগাযোগের নম্বর

DSS গ্রাহকের স্বাক্ষর

তারিখ

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: এই অনুমোদনের মেয়াদ স্বাক্ষরের তারিখ থেকে এক বছর পর্যন্ত।

Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007 এ লিখিতভাবে জানিয়ে যে কোনও সময় আমার অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আছে। আমি বুঝতে পেরেছি যে যে ক্ষেত্রে এই অনুমোদনের উপর ভিত্তি করে পদক্ষেপ ইতিমধ্যে নেওয়া হয়েছে সেই পরিস্থিতি ছাড়া অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার থাকতে পারে।

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS DU DOSSIER
Département des services sociaux (Department of Social Services, DSS)
(French)

Prénom et nom de famille du client/de la cliente :	Date de naissance du client/de la cliente :
Numéro de dossier CARES ou HRA :	
Adresse actuelle du client/de la cliente :	
Numéro de téléphone du client/de la cliente :	
Adresse électronique du client/de la cliente :	
Délai pour les informations demandées :	
Description du problème et de la demande : _____ _____ _____	

Veuillez noter que ce formulaire ne doit PAS être utilisé pour autoriser la divulgation de données de santé protégées, notamment les données relatives à Medicaid, au VIH/sida, à la santé mentale ou à la toxicomanie. Afin d'autoriser la divulgation de ce type de données, veuillez utiliser le formulaire d'autorisation HIPAA (**OCA-960**).

(Tourner la page)

Veillez cocher une réponse :

☐ Divulcation des informations du dossier HRA ☐ Divulcation des informations du dossier DHS

Je demande, ou mon représentant autorisé demande en mon nom, à ce que les informations figurant sur mon dossier soient divulguées au représentant élu ci-dessous, à une association à but non lucratif ou à un organisme communautaire pour m'aider en lien avec les problèmes figurant sur mon dossier.

Nom du demandeur/de la demandeuse et

Coordonnées

Nom du représentant légal

Coordonnées

Signature du client/de la cliente DSS

Date

Remarque : cette autorisation expirera un an après la date de la signature.

J'ai le droit de révoquer mon autorisation à tout moment en écrivant à l'adresse suivante : Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007. Je comprends que je peux révoquer la présente autorisation, sauf si des mesures fondées sur celle-ci ont déjà été prises.

OTORIZASYON POU PATAJE ENFÒMASYON NAN DOSYE
Depatman Sèvis Sosyal (DSS)
(Haitian Creole)

Prenon ak Siyati Kliyan an:	Dat Nesans Kliyan an (DOB):
Nimewo Dosye HRA oswa CARES:	
Adrès Kliyan an Kounye a:	
Nimewo Telefòn Kliyan an:	
Adrès Imèl Kliyan an:	
Peryòd tan ki konsène pou enfòmasyon y ap mande yo:	
Dekri pwoblèm ak demann nan: _____ _____ _____	

Tanpri note sa, yo PA dwe itilize fòm sa a pou bay otorizasyon pou pibliye nenpòt enfòmasyon sou sante ki pwoteje, tankou enfòmasyon ki gen rapò ak Medicaid, VIH-SIDA, sante mantal epi/oswa enfòmasyon sou itilizasyon sibstans. Pou bay otorizasyon pou yo pibliye kalite enfòmasyon sa yo, tanpri itilize Fòm Otorizasyon HIPAA a **(OCA-960)**.

(Vire Paj la)

Tanpri tcheke yon sèl repons:

- ☐ Pataje enfòmasyon nan dosye ki gen pou wè ak dosye HRA ☐ Pataje enfòmasyon nan dosye ki gen pou wè ak dosye DHS

Mwen, oswa reprezantan otorize mwen an, mande pou yo pataje enfòmasyon ki nan dosye mwen bay ofisyèl el, ajan ki pa la pou fè pwofi, oswa òganizasyon kominotè mwen chwazi pou ede mwen ak pwoblèm ki pou wè ak dosye mwen an.

Non moun k ap mande a ak biwo li

Nimewo Kontak

Non Reprezantan an

Nimewo Kontak

Siyati Kliyan DSS la

Dat la

Tanpri sonje: Otorizasyon sa a pral ekspire yon (1) ane apati dat siyati a.

Mwen gen dwa anile otorizasyon mwen an nenpòt kilè depi mwen ekri Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007. Mwen konnen mwen ka anile otorizasyon sa a, sof pou aksyon ki gentan deja fèt ak otorizasyon sa a.

케이스 정보 공개 승인
사회복지부(Department of Social Services, DSS)
(Korean)

의뢰인 성명:	의뢰인 생년월일(Date of Birth, DOB):
HRA 또는 CARES 케이스 번호:	
의뢰자 현재 주소:	
의뢰인 전화번호:	
의뢰인 이메일 주소:	
정보가 요청된 기간:	
문제 및 요청 사항 기술: _____ _____ _____	

이 양식은 Medicaid, HIV-AIDS, 정신 건강 및/또는 약물 사용 정보와 관련된 정보를 포함하여 보호되는 건강 정보의 공개를 승인하는 데 사용하면 안 됩니다. 이러한 유형의 정보 공개를 승인하려면 HIPAA 승인 양식(OCA-960)을 사용하십시오.

(다음 페이지로)

한 항목만 체크하십시오.

☐ HRA 관련 케이스 정보 공개

☐ DHS 관련 케이스 정보 공개

본인, 또는 본인의 지정 대리인은, 본인의 케이스 관련 문제 보조를 위해 아래의 선출직 공무원, 비영리 기관 또는 지역사회 기관에 본인의 케이스 정보를 공개하여 주시기를 요청합니다.

요청인 이름 및 사무소 소속

연락처

대변인 이름

연락처

DSS 의뢰인 서명

날짜

참고 사항: 본 승인은 서명일로부터 1 년 후 만료됩니다.

본인은 Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007 로 서면을 보내 언제든지 승인을 철회할 권리를 가지고 있습니다. 또한 본 승인을 근거로 이미 취해진 조치를 제외하고 해당 승인을 철회할 수 있음을 이해합니다.

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI O SPRAWIE
Wydział Usług Społecznych (Department of Social Services, DSS)
(Polish)

Imię i nazwisko klienta:	Data urodzenia klienta (DOB):
Numer sprawy HRA lub CARES:	
Aktualny adres klienta:	
Numer telefonu klienta:	
Adres e-mail klienta:	
Okres, jakiego dotyczy wniosek:	
Proszę opisać problem i wniosek: _____ _____ _____	

Należy pamiętać, że niniejszy formularz NIE może być używany jako upoważnienie do ujawnienia jakichkolwiek objętych ochroną danych zdrowotnych, włączając w to informacje związane z programem Medicaid, HIV/AIDS, zdrowiem psychicznym i/lub uzależnieniami. Aby upoważnić do ujawnienia tego typu informacji, należy skorzystać z formularza autoryzacyjnego HIPAA (**OCA-960**).

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Proszę zaznaczyć jedną kategorię:

- ☐ Udostępnienie informacji o sprawie związanej z HRA ☐ Udostępnienie informacji o sprawie związanej z DHS

Ja, lub mój upoważniony przedstawiciel, zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji na temat mojej sprawy wybranemu poniżej urzędnikowi, agencji non-profit lub organizacji społecznej w celu udzielenia mi pomocy w sprawach związanych z moją sprawą.

Imię i nazwisko osoby składającej wniosek
i powiązanie z biurem

Numer kontaktowy

Nazwisko adwokata

Numer kontaktowy

Podpis klienta DSS

Data

Uwaga: Niniejsze upoważnienie wygaśnie po upływie roku od daty podpisania.

Mam prawo odwołać moje upoważnienie w dowolnej chwili, pisząc na adres Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007. Rozumiem, że mogę odwołać niniejsze upoważnienie w zakresie, który nie uwzględnia działań podjętych już w oparciu o to upoważnienie.

کیس کی معلومات جاری کرنے کی اجازت
(Department of Social Services, DSS) سماجی خدمات
(Urdu)

کلائنٹ کا پہلا نام اور آخری نام:	کلائنٹ کی تاریخ پیدائش (Date of Birth, DOB):
HRA یا CARES کیس نمبر:	
کلائنٹ کا موجودہ پتہ:	
کلائنٹ کا ٹیلیفون نمبر:	
کلائنٹ کا ای میل پتہ:	
وقت کی مدت جس کے لیے معلومات طلب کی جا رہی ہیں:	
مسئلہ اور درخواست بیان کریں:	

براہ کرم نوٹ کریں کہ اس فارم کو صحت کی کوئی بھی محفوظ معلومات جاری کرنے کی اجازت دینے کے لیے استعمال نہیں کیا جانا چاہیے، بشمول Medicaid, HIV-AIDS، ذہنی صحت اور/یا منشیات کے استعمال سے متعلق معلومات۔ اس قسم کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دینے کے لیے، براہ کرم HIPAA اتھورائزیشن فارم (OCA-960) استعمال کریں۔

براہ کرم ایک کو نشان زد کریں:

DHS ☐ سے متعلق کیس کی معلومات کا اجرا

HRA ☐ سے متعلق کیس کی معلومات کا اجرا

میری، یا میرے مجاز نمائندے کی درخواست ہے کہ میرے کیس کی معلومات کیس سے متعلق مسائل میں میری اعانت کے لیے ذیل میں منتخب کردہ عہدیدار، غیر منفعتی ایجنسی یا کمیونٹی پر مبنی تنظیم کو جاری کی جائیں۔

رابطہ نمبر

درخواست کنندہ کا نام اور دفتری الحاق

رابطہ نمبر

ایڈووکیٹ کا نام

تاریخ

DSS کے کلائنٹ کے دستخط

براہ کرم نوٹ کریں: اس اجازت کی میعاد دستخط کی تاریخ سے ایک سال بعد ختم ہو جائے گی۔

مجھے، Department of Social Services, Office of Constituent Affairs, 150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007 کے پتے پر لکھ کر کبھی بھی اپنی اجازت کالعدم کرنے کا حق ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں یہ اجازت کالعدم کر سکتا ہوں سوائے اس حد کے کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی کارروائی ہو گئی ہو۔