

## Instrukcje dotyczące wypełnienia upoważnienia do ujawnienia informacji dotyczących zdrowia zgodnie z HIPAA (OCA-960)

Instrukcje te ułatwią wypełnienie upoważnienia do ujawnienia informacji dotyczących zdrowia zgodnie z HIPAA (OCA-960). **Bardzo ważne jest dokładne przeczytanie każdego wiersza formularza oraz prawidłowe wypełnienie każdego pola.** Niewypełnienie tego formularza może skutkować niezatwierdzeniem wniosku przez HRA.

### 1. **KLIENCI MEDICAID POWINNI PRZESTRZEGAĆ TYCH INSTRUKCJI, aby upoważnić HRA do przekazania dokumentacji Medicaid innej osobie lub organizacji. Wymagane są wszystkie pozycje oprócz wskazanych miejsc.**

- W górnej części – należy podać informacje w polach wymagających nazwiska pacjenta, daty urodzenia, numeru ubezpieczenia społecznego oraz adresu.
- Wiersze 1-6 – przeczytać i zapoznać się.
- Wiersz 7 – nazwisko i adres dostawcy opieki zdrowotnej lub podmiotu, któremu ujawniane są te informacje: wpisać drukowanym pismem lub komputerowo; NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013.
- Wiersz 8 – nazwisko i adres osób lub kategorii osób, do których zostaną wysłane te informacje: podać nazwisko i adres osób lub grup (np. firma prawnicza), które mogą uzyskać Pana(-i) informacje. Tutaj prześlemy wymaganą dokumentację.
- Wiersz 9(a) – określone informacje, które mają zostać ujawnione: należy podać rodzaj informacji, które możemy przekazać.

#### **Pierwsze pole**

- Jeśli chce Pan(i) pozwolić na przekazanie części dokumentacji Medicaid, należy zaznaczyć pierwsze pole (dokumentacja medyczna od) i podać daty rozpoczęcia i zakończenia;

#### **Drugie pole**

- Jeśli chce Pan(i) pozwolić na przekazanie całej dokumentacji Medicaid, należy zaznaczyć drugie pole (cała dokumentacja medyczna); oraz

#### **Pole Inne**

- Jeśli chce Pan(i) pozwolić na przekazanie informacji innych niż informacje w polu 1 lub 2, należy zaznaczyć pole „Inne”. Wpisać drukowanymi literami lub komputerowo czytelny opis informacji, które chce Pan(i) udostępnić.

**WAŻNE:** Jeśli chce Pan(i), aby HRA przekazało informacje na temat leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków, informacje dotyczące zdrowia psychicznego lub informacje dotyczące HIV, które mogą znajdować się w dokumentacji, należy parafować obok każdego rodzaju informacji wymienionych w pozycji 9(a), które chce Pan(i) udostępnić. Jeśli nie chce Pan(i) przekazywać tego typu informacji, należy zostawić te wiersze puste.

- Wiersz 9(b) – upoważnienie do omówienia informacji dotyczących zdrowia (opcjonalne):
  - Jeśli chce Pan(i) pozwolić, aby HRA omówiło informacje dotyczące zdrowia z innymi osobami, należy zaznaczyć pole obok (b) i parafować w pierwszym wierszu.
  - Wpisać drukowanymi literami lub komputerowo „NYC HRA” w wierszu „Nazwisko dostawcy indywidualnej opieki zdrowotnej”.
  - Wpisać drukowanymi literami lub komputerowo nazwisko osoby, adwokata, firmy prawniczej, instytucji lub grupy, z którą możemy omówić Pana(-i) informacje.
- Wiersz 10 – powód ujawnienia informacji: należy wyjaśnić, dlaczego HRA ma przekazać informacje innym osobom. Jako klient Medicaid musi Pan(i) zaznaczyć pierwsze pole w pozycji 10. Jeśli chce Pan(i), aby HRA przekazało informacje z innego powodu, należy zaznaczyć pole „Inne” i wpisać drukowanymi literami lub komputerowo powód.
- Wiersz 11 – data lub wydarzenie, w przypadku którego upoważnienie utraci ważność: Należy podać, kiedy mamy przestać udzielać informacji (np. „31.12.2030” lub „pod koniec procesu sądowego”).
- Pomiąć wiersze 12 i 13
- Dolny wiersz – wpisać nazwisko i datę.

2. **PRZEDSTAWICIELE KLIENTÓW MEDICAID POWINNI PRZESTRZEGAĆ TYCH INSTRUKCJI, aby pozwolić HRA na przekazanie dokumentacji Medicaid klienta innej osobie lub grupie osób. Wypełnić wszystkie pozycje oprócz wskazanych miejsc.**

- W górnej części należy wpisać drukowanym pismem lub komputerowo nazwisko klienta, datę urodzenia, numer ubezpieczenia społecznego oraz adres w odpowiednich polach.
- Wiersze 1-6: przeczytać i zapoznać się.
- Wiersze 7 do 11: wypełnić zgodnie z instrukcjami w części 1 powyżej.
- Wiersz 12 – imię i nazwisko osoby podpisującej formularz, jeśli pacjent (klient) nie składa podpisu: wpisać drukowanym pismem lub komputerowo swoje nazwisko.
- Wiersz 13 – upoważnienie do złożenia podpisu w imieniu pacjenta: należy wyjaśnić posiadane upoważnienie do złożenia podpisu w imieniu klienta. Przekazać kopię dokumentu.

**WAŻNE:** W przypadku składania podpisu w imieniu klienta, ponieważ nie złożył lub nie może złożyć podpisu należy przedstawić odpowiedni dowód upoważnienia do złożenia podpisu. Przykłady dowodu upoważnienia obejmują: ważne pełnomocnictwo, \* pisma z Wydziału lub orzeczenie wyznaczające opiekuna osoby oraz dokumentacja rozpoczęcia sprawowania opieki.

3. Dolny wiersz – wpisać nazwisko i datę.

---

\* Na podstawie zmiany z sierpnia 2010 roku ustawy New York General Obligations Law (ustawa o obowiązkach ogólnych miasta Nowy Jork), pełnomocnictwo (POA) obowiązuje wyłącznie po podpisaniu przez mocodawcę lub przedstawiciela. POA musi zawierać język wymagany przez New York General Obligations Law (GOB) §5-1501(B), włączając „Uwagę dla mocodawcy” oraz „Ważne uwagi dla przedstawiciela”. Zob. dołączony przykład pełnomocnictwa, skrócony formularz ustawy miasta Nowy Jork, zgodnie z NY GOB § 5-1513 (2014).