

Instructions pour remplir l'autorisation de divulgation d'informations médicales (Authorization for Release of Health Information) conformément à la loi HIPAA (OCA-960)

Ces instructions vous aideront à remplir l'autorisation de divulgation d'informations médicales conformément à la loi HIPAA (OCA-960). **Il est important que vous lisiez attentivement chaque ligne du formulaire, et que vous vous assuriez de remplir chaque case de manière appropriée.** Si vous ne remplissez pas correctement ce formulaire, l'Administration des ressources humaines (Human Resources Administration, HRA) peut refuser votre demande.

1. SI VOUS BÉNÉFICIEZ DU PROGRAMME MEDICAID, SUIVEZ CES INSTRUCTIONS pour autoriser la HRA à transmettre votre dossier MEDICAID à une autre personne ou organisation. Sauf indication contraire, chaque point est obligatoire.

- Partie supérieure : indiquez vos informations personnelles dans les cases appropriées : nom du patient, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et adresse du patient.
- Lignes 1 à 6 : lisez et comprenez les informations.
- Ligne 7 : nom et adresse du prestataire de soins de santé ou de l'entité à qui divulguer ces informations : écrivez en caractères d'imprimerie ou tapez ; NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013.
- Ligne 8 : nom et adresse des personnes ou catégories de personnes à qui ces informations seront envoyées : saisissez le nom et l'adresse de la personne ou du groupe (exemple : cabinet d'avocats) à qui vos informations sont destinées. Nous enverrons les dossiers demandés à cette adresse.
- Ligne 9(a) : informations spécifiques à divulguer : indiquez le genre d'informations que vous nous autorisez à divulguer.

Première case

- si vous souhaitez nous autoriser à divulguer une partie de votre dossier Medicaid, cochez la première case (formulaire Dossier Medicaid) et indiquez les dates de début et de fin ;

Deuxième case

- si vous souhaitez nous autoriser à divulguer la totalité de votre dossier Medicaid, cochez la deuxième case (dossier Medicaid dans son intégralité) ; et

Autre case

- si vous souhaitez nous autoriser à divulguer des informations qui ne correspondent pas aux informations des cases 1 ou 2, cochez la case « Autre ». Écrivez en caractères d'imprimerie ou tapez une description claire des informations à divulguer.

IMPORTANT : si vous souhaitez que la HRA divulgue des informations concernant un traitement pour une dépendance à l'alcool ou aux drogues, des informations concernant votre santé mentale, ou des informations liées au VIH pouvant se trouver dans votre dossier, inscrivez vos initiales à côté de chaque type d'information reprise au point 9 (a) à divulguer. Si vous ne souhaitez pas que nous divulguions ces types d'informations, laissez ces lignes vierges.

- Ligne 9(b) : autorisation à discuter des informations médicales (facultatif) :
 - Si vous souhaitez autoriser la HRA à discuter de vos informations médicales avec quelqu'un d'autre, cochez la case à côté du (b), et apposez vos initiales à la première ligne.
 - Écrivez en caractères d'imprimerie ou tapez « NYC HRA » à la ligne indiquant « Nom du prestataire de soins de santé individuel ».
 - Écrivez en caractères d'imprimerie ou tapez le nom de la personne, de l'avocat, du cabinet d'avocats, de l'agence ou du groupe à qui nous pouvons communiquer vos informations.
- Ligne 10 : motif de la divulgation des informations. Dites-nous pourquoi vous souhaitez que la HRA communique vos informations à quelqu'un d'autre. En tant que bénéficiaire du programme Medicaid, vous ne devez cocher que la première case au point 10. Si vous souhaitez que la HRA communique vos informations à toute autre personne, cochez la case « Autre » et tapez ou écrivez le motif en caractères d'imprimerie.
- Ligne 11 : date ou événement lors duquel/de laquelle cette autorisation prendra fin. Indiquez quand nous devons cesser de divulguer vos informations (par exemple, le « 31/12/2030 », ou « à la fin du procès »).
- Ignorez les lignes 12 et 13.
- Dernière ligne : signez et datez.

2. **SI VOUS REPRÉSENTEZ UN BÉNÉFICIAIRE DU PROGRAMME MEDICAID, SUIVEZ CES INSTRUCTIONS pour autoriser la HRA à transmettre le dossier MEDICAID de la personne que vous représentez à une autre personne physique ou morale. Sauf indication contraire, tous les points sont obligatoires.**

- Partie supérieure : indiquez les informations personnelles du bénéficiaire dans les cases appropriées : nom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et adresse.
- Lignes 1 à 6 : lisez et comprenez les informations.
- Lignes 7 à 11 : remplissez cette partie en suivant les instructions de la section 1, ci-dessus.
- Ligne 12 : si vous n'êtes pas le patient (le bénéficiaire), indiquez le nom de la personne signant le formulaire : écrivez votre nom en caractères d'imprimerie ou tapez-le.
- Ligne 13 : autorité à signer au nom du patient : dites-nous quelle autorité vous avez pour signer au nom du bénéficiaire. Fournissez un exemplaire du document.

IMPORTANT : lorsque vous signez au nom du bénéficiaire car il/elle n'a pas signé ou ne peut pas signer lui/elle-même, vous devez également fournir un document justifiant que vous êtes autorisé(e) à signer. Il peut s'agir, par exemple, d'une procuration valable,* de lettres de l'administration, d'un jugement nommant le tuteur de la personne, ou des documents de commission du tuteur.

3. Dernière ligne : signez et datez.

* En vertu des amendements de septembre 2010 à la New York General Obligations Law (loi sur les obligations générales de New York), une procuration n'est valable que si elle est signée par le principal intéressé et par l'agent. La procuration doit mentionner les conditions demandées par la New York General Obligations Law (GOB), §5-1501(B), y compris les sections « Avertissement au principal intéressé » et « Informations importantes pour l'agent ». Consultez l'exemple de procuration ci-joint, le formulaire court statutaire de New York, tel que repris dans la NY GOB, § 5-1513 (2014).