

根據 HIPAA 發布健康資訊授權書 (OCA-960) 填寫指示

這些指示將協助您填寫「根據 HIPAA 發布健康資訊授權書 (OCA-960)」。**請務必仔細閱讀表格的每一行內容，並確保您正確填寫每個方框。**否則，可能導致人力資源管理局 (Human Resources Administration, HRA) 拒絕您的申請。

1. 如果您是 **MEDICAID** 客戶，請遵循這些指示以授權 **HRA** 將您的 **Medicaid** 記錄提供給其他個人或組織。所有項目均為必填項目，除非另有說明。

- 表格上方 – 在要求填入患者姓名、出生日期、社會安全號碼和患者地址的方框中填入您的資訊。
- 第 1 至 6 行 – 閱讀並理解。
- 第 7 行 – 披露此類資訊的醫療提供者或實體之名稱和地址：(以正楷填寫或鍵入) NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013。
- 第 8 行 – 將接收此資訊的人員或團體之名稱和地址：填入您希望其取得資訊的人員或團體 (例如：律師事務所) 的名稱和地址。我們會將要求的記錄傳送至該地址。
- 第 9(a) 行 – 要發布的具體資訊：請說明您想允許我們提供的資訊。

第一個方框

- 如果您想允許我們提供您的部分 **Medicaid** 記錄，請勾選第一個方框 (具體日期的醫療記錄) 並填入開始和結束日期；

第二個方框

- 如果您想允許我們提供您的完整 **Medicaid** 記錄，請勾選第二個方框 (完整的醫療記錄)；

其他方框

- 如果您想允許我們提供與方框 1 或 2 中的資訊不相符的資訊，請勾選「其他」方框。以正楷填寫或鍵入您想要我們提供之資訊的清楚說明。

重要提醒：如果您希望 **HRA** 提供您記錄中可能存在的酒精或藥物治療、心理健康資訊或與愛滋病相關的資訊，請在第 9 (a) 項中列出的您希望我們披露的每種資訊類型旁填入您的姓名首字母縮寫。如果您不希望我們提供這些資訊類型，請將這些行留空。

- 第 9(b) 行 – 討論健康資訊的授權 (非必填)：
 - 如果您想允許 **HRA** 與其他人討論您的健康資訊，請勾選 (b) 旁邊的方框，並在第一行填入您的姓名首字母縮寫。
 - 在「個人醫療服務提供者的名稱」一行以正楷填寫或鍵入「**NYC HRA**」。
 - 以正楷填寫或鍵入我們可以與之談論您的資訊的人員、律師、律師事務所、代理或團體名稱。
 - 第 10 行 – 資訊發布原因：請說明為何您希望 **HRA** 將資訊提供給其他人。若您是 **Medicaid** 客戶，您只需勾選第 10 項中的第一個方框。如果您希望 **HRA** 基於任何其他原因提供您的資訊，請勾選「其他」方框，並以正楷填寫或鍵入原因。
 - 第 11 行 – 本授權失效日期或事件：填入我們何時應停止提供資訊 (例如「12/31/2030」或「訴訟結束時」)。
 - 跳過第 12 行和第 13 行
 - 最後一行 – 簽名並註明日期。
2. 如果您是 **MEDICAID** 客戶的代表，請遵循這些指示允許 **HRA** 將客戶的 **Medicaid** 記錄提供給其他個人或組織。填寫所有項目，除非另有說明。
- 表格上方，在適當的方框中以正楷填寫或鍵入客戶的姓名、出生日期、社會安全號碼和地址。
 - 第 1 至 6 行：閱讀並理解。
 - 第 7 至 11 行：請依照上述第 1 部分的指示填寫。
 - 第 12 行 – 如果非患者 (客戶) 本人，請填入簽署本表格的人員姓名：以正楷填寫或鍵入您的姓名。
 - 第 13 行 – 代表患者簽名的授權：請說明您具有何種可代表客戶簽名的權限。請提供文件的副本。
- 重要提醒**：當您因客戶未簽名或無法簽名而代表客戶簽名時，您亦須提交適當的簽名授權證明。授權證明的範例包括：有效的委託書^{*}、遺產管理委任書或法令任命監護人和監護人委員會文件。
3. 最後一行 – 簽名並註明日期。

^{*}根據 2010 年 9 月 New York General Obligations Law (《紐約一般義務法》) 的修正案，授權書 (Power of Attorney, POA) 僅在委託人和受託人均簽署時才有效。POA 必須包含 New York General Obligations Law (GOB) §5-1501 (B) 所要求的語言，包括「委託人注意事項」和「受託人重要資訊」部分。請參閱附件樣本：委託書，紐約法定簡短表格，選自 NY GOB § 5-1513 (2014)。