

COUNTY OF LOS ANGELES
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Дата: _____
Имя дела: _____
Номер дела: _____
Имя работника: _____
ID работника: _____
Номер телефона работника: _____
ID клиента: _____

Разрешение на предоставление и использование
Закрытой/защищенной информации о здоровье

ЦЕЛЬ ДАННОЙ ФОРМЫ: Этой формой Управление социального обеспечения (DPSS) спрашивает у вас разрешения на получение информации о вашем здоровье. DPSS будет пользоваться этой информацией для определения полагаемых вам пособий.

Заполнив и подписав эту форму:

- Вы согласны, чтобы ваш врач или медицинский работник предоставили в Управление социального обеспечения (DPSS) информацию о состоянии вашего здоровья.
- DPSS может предоставить эту информацию другим организациям.
- У вас есть право в любое время изменить ваше решение.

Если вы примете решение не подписывать эту форму:

- Это не повлияет на получение вами медицинских услуг.
- Это может повлиять на получение пособий DPSS.

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/YYYY)

Я разрешаю:

НАИМЕНОВАНИЕ ПРЕДПРИЯТИЯ

АДРЕС (УЛИЦА / ДОМ)

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Сообщить информацию о моем здоровье в:

УПРАВЛЕНИЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКРУГА (DPSS) НАИМЕНОВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ

АДРЕС (УЛИЦА / ДОМ)

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Это разрешение действительно по: ____/____/____.
ДАТА ОКОНЧАНИЯ (ММ/ДД/YYYY)

Информация, которая может быть предоставлена (отметьте, пожалуйста, все, что приемлемо):

- Психическое состояние, включая:
- Состояние вашего психического здоровья.
 - Дата возникновения проблем с психическим здоровьем.
 - Ведется ли активное лечение вашего состояния.
 - Как долго предположительно продлится ваше состояние.
 - Влияет ли ваше состояние на вашу трудоспособность или на возможность участия в программе профессиональной подготовки.
- Другая информация (Укажите, пожалуйста, какая) _____

У вас есть право получить копию этой формы. Если вы распишитесь под этой формой, вы получите подписанную копию данной формы.

Если вы откажетесь расписаться под этой формой :

- Это не повлияет на услуги, предоставляемые вашим мед.работником.
- Это может повлиять на ваше право получения пособий DPSS.

_____ Я понимаю и согласен, что мой мед.работник может предоставить в DPSS информацию о моем здоровье. DPSS воспользуется этой информацией, чтобы определить мое право на получение пособий.

_____ Я понимаю, что DPSS может поделиться использованной или предоставленной информацией с другими организациями, так как я расписался под этой формой. Если такое произойдет, моя информация больше не защищена государственным законом о неразглашении информации о здоровье.

У меня была возможность просмотреть и понять эту форму. Расписавшись здесь, я подтверждаю , что все здесь указанное действительно соответствует моим пожеланиям.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЛЕГАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ДАТА (ММ/ДД/YYYY)

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ /КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ ДАТА (ММ/ДД/YYYY)

ЕСЛИ ВЫ ИЗМЕНИТЕ ВАШЕ РЕШЕНИЕ

Вы всегда вправе изменить ваше решение. Если вы изменили ваше решение после того как подписали эту форму, вы должны письменно сообщить об этом в DPSS. Вы можете это сделать следующим образом:

- Подписать аннулирование разрешения.
- Отправить почтой или доставить лично эту подписанную форму по следующему адресу:

АННУЛИРОВАНИЕ РАЗРЕШЕНИЯ

Настоящим я аннулирую разрешение, данное мною прежде. Я понимаю, что DPSS может воспользоваться и предоставить другим организациям уже полученную от моего мед.работника информацию.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЛЕГАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ /КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ DATE (ММ/ДД/YYYY)