

Фамилия участника, согласно документам:	Имя:	Инициал отчества:	Дата рождения:
Другие имена, фамилии, используемые участником:			
<input type="radio"/> Учетный номер клиента / <input type="radio"/> № дела / <input type="radio"/> Номер социального обеспечения:			
Фамилия представителя, согласно документам:	Имя:	Инициал отчества:	

Подписывая этот документ, я уполномочиваю нижеследующего официального хранителя документации личного характера предать огласке следующую конкретную конфиденциальную информацию обо мне.*

КЕМ ВЫДАЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ	
Информация передается от следующего официального хранителя документов: <i>(укажите частное лицо, учебное заведение, работодателя, агентство, поставщика медицинских услуг или другого поставщика услуг.)</i>	
Имя, фамилия (или название): <u>Выберите один вариант</u>	Адрес: <u>500 Summer Street NE, E-86</u>
Город, штат и почтовый индекс: <u>Salem, OR 97301</u>	
Адрес электронной почты: <u>duii.info@odhsoha.oregon.gov</u>	Номер телефона: <u>503-945-5964</u>
Конкретная информация, подлежащая огласке: <i>(Пожалуйста, предоставьте как можно более подробную информацию. Запрос «всей информации» может привести к задержке выдачи информации.)</i> <u>Подтверждение завершения программы лечения расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, в соответствии с требованиями Административного правила штата Орегон 735-070-0085.</u>	
Информация, находящаяся под особой защитой: <i>(Если в подлежащую огласке информацию включены какие-либо из видов документов или данных, перечисленных ниже, то в таком случае могут применяться дополнительные законы, касающиеся использования и предания огласке этой информации. Я понимаю, что эта информация не будет передана огласке, если я не поставлю свои инициалы в отведенном для этого месте рядом с информацией.)</i>	
ВИЧ/СПИД: _____	Психическое здоровье: _____
Генетическое тестирование: _____	
Диагнозы алкогольной/наркотической зависимости, лечение, направление: _____	

КОМУ ВЫДАЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ

Кому выдается информация: <i>(при отправке почтой требуется указать адрес.)</i> Автотранспортное управление штата Орегон	
Имя, фамилия <i>(или название)</i> : <u>управляющий</u> <u>отделом временного</u> <u>лишения</u> <u>водительских</u> <u>удостоверений</u>	Адрес: <u>1905 Lana Avenue NE</u>
Город, штат и почтовый индекс: <u>Salem, OR 97314</u>	
Номер телефона: <u>503-945-5000</u>	Адрес электронной почты:
Цель запрашиваемого использования и разглашения информации: <u>Подтверждение завершения программы лечения расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, в соответствии с требованиями Административного правила штата Орегон 735-070-0085.</u>	
Дата или событие, знаменующее окончание срока действия*:	Взаимный обмен информацией: <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет

*Срок действия настоящего разрешения составляет один год с момента его подписания, если не указано иначе.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ УЧАСТНИКА

- Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся содержания и предназначения настоящего документа.
- Я понимаю, что федеральное законодательство и законодательство штата защищают информацию об услугах, которые я получаю от департамента DHS и *(или)* управления ОНА. Я понимаю суть этого соглашения и одобряю предание огласке и выдачу указанных данных.
- Я понимаю, что в любой момент могу отозвать *(отменить)* данное разрешение, и что этот отзыв *(отмена)* не коснется какой-либо уже разглашенной или выданной информации. За исключением случаев, когда разглашение касается информации о наркотической или алкогольной зависимости, участник или лицо, уполномоченное действовать от имени участника, должны предоставить запрос на отмену разрешения в письменном виде. В качестве отзыва разрешения на выдачу информации о наркотической или алкогольной зависимости принимается устное или письменное уведомление. Все запросы на отзыв разрешения должны быть переданы в местное отделение департамента DHS или в главное или местное отделение управления ОНА.
- Я понимаю, что в соответствии с федеральным законом или законом штата запрещается без специального разрешения предание повторной огласке информации, касающейся ВИЧ/СПИДа, психического здоровья и диагностики наркотической/алкогольной зависимости, лечения, профессиональной реабилитации или направлений к специалистам.
- Я понимаю, что информация, не являющаяся предметом перечисленных выше ограничений на повторную огласку, может быть предана повторной огласке и больше не быть защищена федеральным законом или законом штата.
- **Я добровольно подписываю это разрешение.**

Полная юридическая подпись участника или лица, уполномоченного действовать от имени участника:

Кем приходится участнику:

Номер телефона:

Дата:

Если данный бланк разрешения был подписан лицом, уполномоченным действовать от имени участника, необходимо предоставить доказательства или документы, подтверждающие юридическое право действовать от имени участника.

Не заполняйте раздел ниже, за исключением случая, когда требуется точная копия оригинала данного разрешения.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОТРУДНИКАМИ АГЕНТСТВА / FOR AGENCY USE ONLY

Name of staff person <i>(print)</i> :	Initiating agency name/location:	Date:
---------------------------------------	----------------------------------	-------

Legal signature of agency staff certifying true copy:

Initial and date if form has been copied:

Необходимая информация для участника

Отказ подписать документ может:

- помешать департаменту DHS или управлению ОНА определить правомочность участия в программах, находящихся в ведении департамента DHS и управления ОНА;
- повлиять на способность департамента DHS и управления ОНА выдавать направления и осуществлять координацию услуг с поставщиками услуг;
- повлиять на правомочность участника получать услуги, если целью настоящего документа является предоставить информацию, необходимую для получения медицинских услуг;
- повлиять на осуществление оплаты услуг, если департамент DHS или управление ОНА выступают в качестве поставщика медицинских услуг или производят оплату за медицинские услуги в рамках Программы льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР) или программ Medicaid, и департаменту DHS или управлению ОНА необходимо получить разрешение, дающее им право на получение компенсации затраченных ими средств.