

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 о проведенной оценке и выданном направлении в соответствии с требованиями статьи 813.021 Свода законов с дополнениями и изменениями штата Орегон.</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>		Специалист по выявлению наличия алкогольной зависимости и зависимости от прочих психоактивных веществ (ADSS)
Имя, фамилия <i>(или название)</i> :	Адрес:	
Город, штат и почтовый индекс:		
Номер телефона:	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

<ul style="list-style-type: none">• 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 <i>(или)</i> управления ОНА. Я понимаю суть этого соглашения и одобряю предание огласке и выдачу указанных данных.• Я понимаю, что в любой момент могу отозвать <i>(отменить)</i> данное разрешение, и что этот отзыв <i>(отмена)</i> 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 передана 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:
<i>Если данный бланк разрешения был подписан лицом, уполномоченным действовать от имени участника, необходимо предоставить доказательства или документы, подтверждающие юридическое право действовать от имени участника.</i>		

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.