Cấp Phép Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Cá Nhân

Họ hợp pháp của cá nhân:	Tên:	Tên lót (*viết tắt*):	Ngày sinh:
Những tên gọi khác được cá nhân này sử dụng:			
◯ Mã số Prime ID / ◯ Số hồ sơ / ◯ Số An Sinh Xã Hội (SSN):			
Họ hợp pháp của cá nhân:	Tên:	Tên lót (*viết tắt*):	

Bằng cách ký tên vào bên dưới mẫu đơn này, tôi cho người giữ hồ sơ được kể tên ra đây được phép tiết lộ các thông tin mật cụ thể sau đây của tôi.*

THÔNG TIN ĐƯỢC CÔNG BỐ BỞI

Thông tin được công bố bởi một người giữ hồ sơ: (*Cá nhân, trường học, chủ sử dụng lao động, cơ quan, nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc nhà cung cấp khác.*)

Họ tên: Hãy chọn một	Địa chỉ: 500 Summer Street NE, E-86
Thành phố, tiểu bang và mã bưu chính (ZIP): Salem, OR 97301	
Địa chỉ email: duii.info@odhsoha.oregon.gov	Số điện thoại: 503-945-5964

Thông tin cụ thể được tiết lộ là: (*Vui lòng mô tả chi tiết nhất có thể. Việc yêu cầu "tất cả các thông tin" có thể làm chậm lại việc phản hồi.*)
Bằng chứng về việc hoàn thành các dịch vụ chữa trị chứng rối loạn vì sử dụng chất gây nghiện, thể theo yêu cầu của Quy tắc Hành chính Oregon 735-070-0085.

Thông tin được bảo vệ đặc biệt là: (*Những bộ luật bổ sung liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ có thể được áp dụng nếu thông tin này được tiết lộ chứa bất kỳ hình thức hồ sơ hoặc thông tin nào được liệt kê trong ô này. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ không được tiết lộ trừ khi tôi hoặc người đại diện* ***của tôi viết tắt tên vào khoảng trống kế bên thông tin đó.***)

HIV/AIDS: _____ **Sức khỏe tâm thần:** _____ **Xét nghiệm gien:** _____

Các chẩn đoán, điều trị, giấy giới thiệu điều trị liên quan đến việc sử dụng chất cồn/ma túy:

THÔNG TIN ĐƯỢC CÔNG BỐ CHO

Thông tin được công bố cho: (*Yêu cầu phải có địa chỉ nếu gửi bằng thư.*) Cơ quan Quản lý Phương tiện Cơ giới Oregon

Họ tên: Quản lý viên của Đơn vị Đình chỉ Người lái xe	Địa chỉ: 1905 Lana Avenue NE
Thành phố, tiểu bang và mã bưu chính (*ZIP*): Salem, OR 97314	
Số điện thoại: 503-945-5000	Địa chỉ email:

Mục đích của việc sử dụng hoặc tiết lộ được yêu cầu:
Bằng chứng về việc hoàn thành các dịch vụ chữa trị chứng rối loạn vì sử dụng chất gây nghiện, thể theo yêu cầu của Quy tắc Hành chính Oregon 735-070-0085.

Ngày hết hạn hoặc khi xảy ra sự việc nào*:	Trao đổi thông tin lẫn nhau: ◯ Có ◯ Không

Hãy xem mục "Thông Tin Được Yêu Cầu" trên trang 2 của mẫu đơn này.
Mẫu đơn này không có hiệu lực nếu thiếu trang có chữ ký.

**Giấy ủy quyền này có giá trị trong vòng một năm kể từ ngày ký trừ khi những điều khác được ghi rõ.*

NHẬN BIẾT CỦA KHÁCH HÀNG		
• Tôi đã có cơ hội để đặt các câu hỏi về mẫu đơn này và về mục đích sử dụng mẫu đơn này. • Tôi hiểu rằng luật pháp tiểu bang và liên bang bảo vệ thông tin về các dịch vụ mà tôi nhận được từ DHS|OHA. Tôi hiểu được ý nghĩa của mẫu thỏa thuận này và tôi chấp thuận cho việc tiết lộ và công bố thông tin đã được liệt kê. • Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi (*hủy bỏ*) sự cho phép này vào bất kỳ thời điểm nào và sự thu hồi (*sự hủy bỏ*) này sẽ không áp dụng cho bất kỳ thông tin nào đã được tiết lộ hoặc công bố trước đó. Ngoại trừ các thông tin về sử dụng chất cồn và ma túy, cá nhân này hoặc một người được ủy quyền hợp pháp có thể thay mặt cho cá nhân này buộc phải nộp yêu cầu hủy bỏ việc cho phép bằng văn bản. Thông báo thu hồi sự cho phép đối với thông tin sử dụng chất cồn và ma túy bằng lời nói hoặc bằng văn bản sẽ được chấp nhận. Bất kỳ yêu cầu thu hồi sự cho phép nào cũng buộc phải trình cho Bộ Xã Hội (DHS) tại địa phương hoặc chương trình hay văn phòng chi nhánh OHA tại địa phương của quý vị. • Tôi hiểu rằng luật pháp liên bang hoặc tiểu bang nghiêm cấm việc tái tiết lộ thông tin về bệnh HIV và AIDS, sức khỏe tâm thần, các chẩn đoán về chất cồn và ma túy, các hồ sơ điều trị, thông tin giới thiệu hoặc các hồ sơ phục hồi chức năng nghề nghiệp mà không có sự cho phép cụ thể. • Tôi hiểu rằng thông nào không bị giới hạn về việc tái tiết lộ như đã nêu ngay trên đây có thể bị tái tiết lộ và không còn được bảo vệ bởi pháp luật liên bang hoặc tiểu bang. • **Tôi ký tên vào mẫu cấp phép này là sự sẵn lòng tự nguyện riêng của cá nhân tôi.**		
Chữ ký hợp pháp của cá nhân này hoặc một người được ủy quyền hợp pháp thay mặt cho cá nhân này:		
Mối liên hệ với cá nhân này:	Số điện thoại:	Ngày:
Nếu một người được ủy quyền hợp pháp thay mặt cho một cá nhân ký vào mẫu cấp phép này, buộc phải cung cấp bằng chứng hoặc giấy tờ ủy quyền thay mặt cho cá nhân này.		

Không điền vào mục bên dưới trừ khi buộc phải có bản gốc giấy ủy quyền.

DÀNH RIÊNG CHO CƠ QUAN SỬ DỤNG (*FOR AGENCY USE ONLY*)		
Name of staff person (print):	Initiating agency name/location:	Date:
Legal signature of agency staff certifying true copy:		
Initial and date if form has been copied:		

Thông tin bắt buộc dành cho cá nhân này

Việc từ chối ký tên có thể:

- Ngăn cản DHS và Cơ quan Y tế Oregon (OHA) quyết định về khả năng hội đủ điều kiện tham gia các chương trình được DHS và OHA quản lý.
- Ảnh hưởng đến khả năng DHS và OHA liên hệ với và điều hướng các dịch vụ với những nhà cung cấp.
- Ảnh hưởng đến khả năng cá nhân này nhận được các dịch vụ trong trường hợp mục đích của mẫu đơn này chỉ để cung cấp thông tin cần thiết để nhận được các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe.
- Ảnh hưởng đến việc thanh toán cho các dịch vụ nếu DHS hoặc OHA là một nhà cung cấp hoặc là cơ quan thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thuộc Chương Trình Y Tế Oregon (Oregon Health Plan, OHP) hoặc Chương trình Medicaid và DHS hoặc OHA yêu cầu phải có sự cho phép này để nhận khoản

tiền bồi hoàn.