

个人合法姓氏:	名字:	中间名:	出生日期:
个人曾用名:			
<input type="radio"/> 主身份证 / <input type="radio"/> 案件编号 / <input type="radio"/> SSN:			
案件编号	名字:	中间名:	

通过签署下列表格，本人授权所注明的记录持有人可披露以下关于本人的具体保密信息。*

披露人	
由一名记录持有人披露：（个人、学校、雇主、机构、医疗或其他服务提供方。）	
全名： <u>选择一项</u>	地址： <u>500 Summer Street NE, E-86</u>
城市、州和邮编： <u>Salem, OR 97301</u>	
电子邮件地址： <u>duii.info@odhsoha.oregon.gov</u>	电话号码： <u>503-945-5964</u>
待披露的具体信息：（请尽可能详细。请求“所有信息”可能会导致答复延误。） 根據俄勒岡州行政法規 735-070-0085 的規定提供完成物質使用障礙服務的證明。	
具体受保护信息：（如果待披露的信息包含本框内所列出任何类型的记录或信息，则可能会适用其他关于使用和披露的法律。本人了解这些信息不会被披露，除非本人或本人的代理人在信息旁边的空格内用姓名首字母缩写签名。）	
HIV/艾滋病： _____	精神健康状况： _____ 基因检测： _____
酒精/药物诊断、治疗、推荐： _____	
被披露人	
被披露人：（如果邮寄，需要填写地址。）酒精及其他藥物篩檢專員 (ADSS)	
全名： _____	地址： _____
城市、州和邮编： _____	
电话号码： _____	电子邮件地址： _____
所请求使用或披露的目的： 根據俄勒岡州修正條例 813.021 的規定提供篩檢和轉介的證明。	
结束日期或事件*： _____	相互交换： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

*这项授权自签署之日起一年内有效，除非在此另有其他规定。

客户承认书

- 本人有机会询问关于本表格的问题以及本表格的作用。
- 本人了解州和联邦法律保护关于本人从 DHS/OHA 处所接受服务的信息。本人了解本协议的含义，且本人批准所列出的披露。
- 人了解本人可以在任意时间撤销（取消）本授权，撤销（取消）不适用于已经披露的任何信息。除药物和酒精信息外，个人或合法授权代表个人行事的人士需要提交书面取消请求。口头或书面药物和酒精信息授权撤销通知均应被接受。任何撤销请求均须提供给您当地的 DHS 或 OHA 计划或当地分支办事处。
- 本人了解联邦或州法律禁止在未经具体授权的情况下，二次披露 HIV 和艾滋病信息、精神健康状况、药物和酒精诊断、治疗记录、推荐信息、或职业康复记录。
- 本人了解不受上述二次披露限制的信息可能会被二次披露，且不再受联邦或州法律保护。
- 本人以本人自由意愿签署本授权。

个人或合法授权代表个人行事的人士完全合法签名:

与个人的关系:

电话号码:

日期:

如果合法授权代表个人行事的人士签署授权表，则应提供授权代表个人行事的证据或文件。

请勿填写下栏，除非需要原始授权的真实副本。

仅供机构使用 / 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:

必要个人信息

拒绝签字可能会:

- 导致 DHS 和 OHA 无法确定是否符合资格享受由 DHS 和 OHA 所管理计划。
- 影响 DHS 和 OHA 是否能向服务提供方推荐并协调服务。
- 如果本表格的目的是为提供获得医疗服务所需的信息，则会影响个人是否能获得服务。
- 如果 DHS 或 OHA 是俄勒冈州健康计划或 Medicaid 计划下属医疗服务的提供方或付款方，并且 DHS 或 OHA 需要授权才能获得费用报销，则会影响服务付费。