

WCB 案件編號（如果知道）： _____

致索賠人：如果您接受過治療，以醫治同一身體部位的以前傷害，或者醫治與您在當前索賠中描述的疾病相似的疾病，那麼請填寫此表格。此表格為您下面列出的醫療保健提供者提供許可，向您的雇主的勞工賠償保險公司發布有關您的以前傷害/疾病的醫療保健資訊。聯邦 HIPAA 法律（1996 年健康保險流通與責任法案）稱，您有權利獲得此表格的副本。如果您不理解此表格，請與您的法律代表交談。如果您沒有法律代表，那麼勞工賠償委員會 (Workers' Compensation Board) 的傷病勞工倡權人可以幫助您。電話：800-580-6665。

致醫療保健提供者：這份符合 HIPAA 的發布授權書的副本允許您揭露健康資訊。如果您因應這份授權向雇主的勞工賠償保險公司寄送記錄，也請向索賠人的法律代表郵寄副本。（如果下方未列出法律代表，請向索賠人寄送副本。）發布記錄的醫療保健提供者必須遵守紐約州法律和 HIPAA。

這份發布授權：

- **是自願的。**無論您是否簽署這份表格，您的醫療保健提供者都必須為您提供相同的照護、付款條款以及福利。
- **是有限的。**僅准許您的醫療保健提供者發布與您在下文描述之先前疾病/狀況相關的健康記錄。
- **是臨時的。**在您當前的賠償主張被證實或者被否決並且用盡所有上訴手段後結束。
- **是可撤銷的。**您可以隨時撤銷這份發布授權。想要撤銷，請向本表格所列之醫療保健提供者寄送信件。另外，請向您的雇主的勞工賠償保險公司以及勞工賠償委員會寄送副本。注：您無法取消與已提供病歷相關的發布授權。
- **僅用作記錄。**這份發布授權為您在本表格所列之醫療保健提供者提供許可，向您的雇主的勞工賠償保險公司寄送您的醫療保健記錄的副本。

本表格不允許您的醫療保健提供者發布以下類型之資訊：

- **HIV 相關資訊**
- **心理治療記錄**
- **酒精/藥物治療**
- **心理健康治療**（除非您選取下文方塊）
- **口頭資訊**（您的醫療保健提供者不得與任何人討論您的醫療保健資訊）

發布的任何病歷將成為您的勞工賠償檔案的一部分，並且根據勞工賠償法律是保密的。

A. 您的資訊（索賠人）

1. 姓名：_____ 2. 社會安全號碼：_____ - _____
3. 郵寄地址：_____
4. 出生日期：_____ / _____ / _____ 5. 當前傷害/疾病的發生日期：_____ / _____ / _____
6. 當前傷害/疾病，包括受傷的所有身體部位：_____
7. 您的法律代表的姓名和地址（如有）：_____

☐ 如果您允許醫療保健提供者發布**心理健康照護**資訊，請選取此方塊。

B. 您的醫療保健提供者（請列出治療了您的同一身體部位的以前傷害或相似疾病的所有醫療保健提供者。如果超過 2 個提供者，請將他們的聯絡資訊附於本表格。）

1. 提供者：_____ 2. 電話號碼：（ _____ ）
3. 郵寄地址：_____
4. 其他提供者（如有）：_____ 5. 電話號碼：（ _____ ）
6. 郵寄地址：_____

C. 請閱讀下文並簽字。我特此要求上文所列之醫療保健提供者，向我的雇主的勞工賠償保險公司提供與上述所有身體部位的任何以前傷害/疾病相關之所有健康記錄的副本。

索賠人簽字（僅墨水筆，如有可能，使用藍色原子筆。）

日期

如果索賠人無法簽字，則代索賠人簽字者必須填寫以下並簽字：

您的姓名

與索賠人的關係

簽字（僅墨水筆，如有可能，使用藍色原子筆。）

日期