

РАЗРЕШЕНИЕ СОГЛАСНО HIPAA ОТ ВОЛОНТЕРА-УЧАСТНИКА РАБОТ В WTC



Workers'
Compensation
Board

Разрешение согласно HIPAA от волонтера-участника работ во Всемирном торговом центре

Имя и фамилия пациента (вписывайте только ручкой, предпочтительно шариковой) Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) Номер социального страхования

Почтовый адрес Город Штат Индекс

Данная форма разрешения используется для того, чтобы Совет по компенсациям работникам (WCB) и World Trade Center Health Organization могли получать копии медицинских карт, содержащих вашу защищенную медицинскую информацию, для координации льгот, которые вам полагаются как волонтеру-участнику работ во Всемирном торговом центре (WTC). Этот документ не дает вашему поставщику медицинских услуг разрешения обсуждать с кем-либо вашу медицинскую информацию.

Данное разрешение является добровольным. Ваш поставщик медицинских услуг обязан предоставлять вам такие же услуги, условия оплаты и льготы независимо от того, подписали вы эту форму или нет. Вы имеете право получить копию данного разрешения.

Срок действия данного разрешения истекает после завершения координирования льгот с вами как волонтером-участником работ в WTC.

Вы имеете право в любое время отозвать данное разрешение в письменной форме, но отзыв может не действовать, если получившее разрешение физическое или юридическое лицо уже действовало на основании данного разрешения. Чтобы отозвать данное разрешение, отправьте письмо поставщику медицинских услуг, указанному в данной форме. Также, отправьте копию этого письма в Совет по компенсациям работникам (WCB).

Раскрываемая информация может подлежать повторному раскрытию ее получателями (за исключением указанной ниже информации о лечении алкогольной/наркотической зависимости, ВИЧ/СПИД, психиатрическом лечении и заметках о психотерапии) и больше не будет защищена положением о конфиденциальности закона HIPAA.

Данная форма не разрешает раскрывать информацию о лечении алкогольной/наркотической зависимости, ВИЧ/СПИД, психиатрическом лечении и заметках о психотерапии, если вы явно не укажете иное. Отметьте информацию, которую можно раскрывать:

- ☐ Лечение алкогольной/наркотической зависимости ☐ ВИЧ/СПИД ☐ Психиатрическое лечение
☐ Заметки о психотерапии

Поставщики медицинских услуг обязаны при раскрытии медицинских записей соблюдать требования законодательства штата Нью-Йорк и закона HIPAA. Копия данного разрешения согласно HIPAA разрешает вашему поставщику раскрывать записи, содержащие персональную медицинскую информацию, относящуюся к вашему текущему состоянию, которое является предметом вашей заявки на льготы для волонтеров-участников работ во Всемирном торговом центре.

Имя/наименование поставщика медицинских услуг Номер телефона

Почтовый адрес Город Штат Индекс

Имя/наименование поставщика медицинских услуг (если применимо) Номер телефона

Почтовый адрес Город Штат Индекс

Настоящим я разрешаю указанному (указанным) выше поставщику (поставщикам) медицинских услуг предоставлять копии моих медицинских записей (только) Совету по компенсациям работникам (Workers' Compensation Board), организации World Trade Center Health Organization и Фонду компенсации жертвам 11 сентября (September 11th Victim Compensation Fund) с целью координирования льгот со мной.

Подпись пациента Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

Имя и фамилия (печатными буквами)

Если пациент не может поставить свою подпись, лицо, подписывающее документ от его имени, должно заполнить следующие поля и поставить свою подпись:

Ваши имя и фамилия Подпись Степень родства с пациентом Дата (ММ/ДД/ГГГГ)