



**Office of the State
Long Term Care
Ombudsman**

Programma Ombudsman (Difensori Civici) per cure di lungodegenza
dello Stato di New York

AUTORIZZAZIONE AD AGIRE PER CONTO DEL RESIDENTE

Autorizzo il Programma Ombudsman ad operare per risolvere il mio reclamo, riesaminare le mie cartelle cliniche, ove necessario, e rivelare la mia identità e/o le mie informazioni al fine di agevolare la risoluzione dello stesso. Prendo atto che l'Ombudsman discuterà con me prima di rivelare la mia identità e/o le mie informazioni a qualsiasi soggetto esterno al Programma Ombudsman.

Firma del residente o del rappresentate
legale del residente

Data

Firma contestuale dell'Ombudsman

Ho ricevuto autorizzazione da parte di _____
ad operare per risolvere il suo reclamo, riesaminare le rispettive
cartelle cliniche, ove necessario, e rivelarne identità e/o informazioni
al fine di agevolare la risoluzione dello stesso.

Ombudsman

Data