Клиент должен поставить свой инициал рядом с каждым пунктом, который к нему относится, и подпись в конце документа. Сотрудник должен оформить подтверждение.

Информированное согласие на сбор и запись персональной информации

Я даю согласие [name of entity capturing] на хранение информации, предоставленной мной или моим уполномоченным представителем, в Системе клиентских данных, которая работает под контролем New York State Office for the Aging (*Управления штата Нью-Йорк по делам престарелых*) и используется NY Connects. NY Connects — это Ресурсный центр для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями, деятельность которого осуществляют местные партнеры New York State Office for the Aging (*Управления штата Нью-Йорк по делам престарелых*) и New York State Department of Health. NY Connects выявляет потребности, предоставляет информацию и содействие и служит связующим звеном со многими программами и услугами, которые помогают людям оставаться независимыми. Система клиентских данных позволяет другим местным партнерам видеть мою информацию в случае выдачи направления, но только с моего разрешения.

Я понимаю, что сбор этой информации осуществляется для того, чтобы помочь сотрудникам подбирать необходимые мне услуги по системе NY Connects. Я понимаю, что эта информация необходима для того, чтобы сотрудники могли выдавать направления в моих интересах или связываться с другими организациями, которые могут мне помочь. Полномочия по оказанию этих услуг и сбору моей информации в указанных целях предусмотрены в New York State Elder Law.

Я понимаю, что в соответствии с New York State's Personal Privacy Protection Law моя персональная информация останется конфиденциальной. Она не будет передана никому без моего разрешения.

Я понимаю, какая информация будет задокументирована, почему она необходима и то, что моя информация защищена законами и нормативными актами.

Я понимаю, что подписание настоящего разрешения носит добровольный характер, но отказ от этого может ограничить круг моих возможностей.

Инициал клиента _____

Информированное согласие на выдачу направлений и передачу персональной информации

Я прошу и даю согласие [Entity making referral] на передачу всех запрашиваемых документов, включая, кроме прочего, персональную, медицинскую и любую другую информацию, относящуюся ко мне, которую я предоставил(а) [Entity making referral], следующим организациям для выдачи направлений на услуги, которые мне могут быть необходимы, или в указанных ниже целях:

_____

_____

_____

Я понимаю, что эти документы передаются в целях направления в указанные организации и содействия оказанию мне услуг.

Я понимаю, какая информация будет передана, почему она необходима и то, что конфиденциальность этой информации защищена законами и нормативными актами.

Я понимаю, что подписание настоящего разрешения носит добровольный характер, но отказ от этого может ограничить круг моих возможностей.

Я понимаю, что информация, использованная или раскрытая по настоящему разрешению, может быть далее раскрыта получателем и на это дальнейшее раскрытие уже не распространяется действие федерального законодательства или законодательства штата.

Инициал клиента _____

Информированное согласие на передачу определенной информации в случае бедствия или чрезвычайной ситуации

В случае бедствия или чрезвычайной ситуации я даю согласие на передачу информации об услугах, которые я получаю, о моих жилищных условиях и лицах, с которыми я проживаю, медицинском оборудовании или услугах, необходимых в повседневной жизни, ежедневно принимаемых лекарствах, отпускаемых по рецепту, потребностях в специальной диете, потребностях в специальных средствах общения, слепоте или других нарушениях зрения, а также информации о моем общем состоянии и способности передвижения.

Я понимаю, что эта информация будет передана только тем, кому она понадобится в чрезвычайной ситуации: государственным и правоохранительным органам или лицам, действующим от их имени, в случае бедствия или чрезвычайной ситуации.

Я понимаю, что информация, использованная или раскрытая по настоящему разрешению, может быть далее раскрыта получателем и на это дальнейшее раскрытие уже не распространяется действие федерального законодательства или законодательства штата.

Инициал клиента _____

Я даю согласие на совершение действий, отмеченных выше моим инициалом. Данное разрешение действует до тех пор, пока не будет отозвано.

_____ _____
Подпись лица или его законного представителя *Дата*

_____
Фамилия (печатными буквами)

_____
Если подписано законным представителем, указать его фамилию и кем он приходится соответствующему лицу

~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~