

## Отзыв информированного согласия

Эта форма предоставляется Вам по Вашему запросу. Вы можете воспользоваться ею для отзыва Вашего согласия на передачу Вашей информации и выдачу направлений в Ваших интересах.

Если Вы отзовете свое согласие, передача Вашей информации прекратится с даты вступления в силу отзыва, которой является дата получения нами этой заполненной формы. Отзыв согласия никак не повлияет на информацию, раскрытую ранее с Вашего согласия.

Для того, чтобы отозвать согласие на передачу какой-либо Вашей информации, содержащейся в Системе клиентских данных, которая работает под контролем New York State Office for the Aging (*Управления штата Нью-Йорк по делам престарелых*), отметьте первый пункт формы на стр. 2 и заполните все необходимые разделы.

Если Вы желаете отозвать свое согласие на передачу информации только определенным организациям, отметьте ниже второй пункт и укажите в отведенном месте названия конкретных организаций.

Для того чтобы отозвать согласие на передачу информации, кроме основной контактной информации, в случае бедствия или чрезвычайной ситуации тем, кто на них реагирует, отметьте третий пункт.

Если форма заполняется законным уполномоченным представителем лица, чья информация хранится, укажите это в отведенном месте. Необходимо заполнить все поля с использованием имеющейся контактной информации о лице, чья информация хранится. Отзыв согласия, оформленный законным представителем, вступает в силу только после проверки нами его полномочий.

После того как Вы заполните форму, отправьте ее нам по электронной почте на указанный ниже адрес. Если у Вас возникли вопросы или затруднения, свяжитесь с нами по указанному телефону.

Адрес:

{AGENCY NAME}  
Кому: {CONTACT UNIT OR INDIVIDUAL}  
{ADDRESS 1}  
{ADDRESS 2}

Телефон:

{CONTACT UNIT OR INDIVIDUAL}  
{(XXX) XXX-XXXX}

Настоящим я отзываю свое согласие на передачу или раскрытие любой моей персональной информации, хранящейся в Системе клиентских данных, в том числе в целях выдачи направлений. Я понимаю, что это никак не отразится на информации, раскрытой до того, как этот отзыв вступил в силу.

Настоящим я отзываю свое согласие на передачу или раскрытие любой моей персональной информации следующим организациям:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Настоящим я отзываю свое согласие на передачу или раскрытие любой моей персональной информации об особых факторах риска в целях реагирования в случае бедствия или чрезвычайной ситуации.

*Эту форму заполняет и подписывает от имени клиента его законный уполномоченный представитель? Нужно обвести:*

**ДА / НЕТ**

*Если да, заполните следующие пункты (печатными буквами):*

Имя и фамилия законного представителя

( \_\_\_\_\_ )

Телефон

Адрес (улица, город, штат, почтовый индекс)

*Остальную часть этой формы, включая строку подписи, также необходимо заполнить.*

### **ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ**

**Имя и фамилия клиента (печатными буквами):** \_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Телефон:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Подпись

Дата

Имя и фамилия (печатными буквами)