客户必须在适用的各部分签写姓名首字母并在结尾处签名。工作人员必须填写证明书。

收集和记录个人信息的知情同意书

本人同意 [name of entity capturing] 将我或我授权的代表提供的个人信息保存在由 New York State Office for the Aging (NYSOFA)（*纽约州老龄化人口办公室*）维护的客户数据系统中。如按照此方式保存我的信息，则在进行转介时，使用客户数据系统的其他机构可查看我的信息，但这必须经过我的许可。

本人了解，收集这些信息是为了方便 State Office for the Aging 及当地 Offices for the Aging 提供服务。这也有助于确定本人可能需要的其他服务。本人了解，要提供某些服务，需要这些信息。提供此类服务及出于此类目的而收集本人信息的依据请见 Older Americans Act 和 New York State Elder Law。

本人了解，根据 New York State's Personal Privacy Protection Law 规定，我的个人信息将受到保密。未经本人许可，不得分享任何信息。

本人了解会记录哪些信息、需要哪些信息以及保护本人信息的相关法律法规。

本人了解此授权书为自愿签署，拒绝授权可能会限制我可获取的服务选项。

客户姓名首字母 _____

转交和分享个人信息的知情同意书

本人要求并同意 [Entity making referral] 将要求的所有记录披露给以下实体，包括但不限于个人信息、健康信息以及我提供给 [entity making referral] 的与本人相关的其他任何信息，以便其对本人可能需要的服务进行转介或出于以下目的：

_____

_____

_____

_____

本人了解会披露哪些信息、需要哪些信息以及信息保密的相关法律法规。

本人了解此授权书为自愿签署，拒绝授权可能会限制我可获取的服务选项。

本人了解，根据本授权书规定所使用或披露的信息可能会被信息接收者再次披露，在这种情况下，这些信息可能不再受联邦或州法律保护。

客户姓名首字母 _____

在灾难或紧急情况下分享特定信息的知情同意书

若发生灾难或紧急情况，本人同意披露有关我获得的服务的信息、我的住房情况以及何人与我一同居住、日常所需的医疗设备或服务、日常服用的处方药、特殊饮食需求、特殊沟通需求、眼盲或其他视障以及有关我一般情况和行动能力的信息。

本人了解，若发生灾难或紧急情况，此类信息只会提供给用这些信息来应对紧急情况的人士，例如政府机构、执法部门或代表这些机构行事的人士。

本人了解，根据本授权书规定所使用或披露的信息可能会被信息接收者再次披露，在这种情况下，这些信息可能不再受联邦或州法律保护。

客户姓名首字母 _____

本人同意姓名首字母签写处的上述行动。提供的授权书只会在撤销情况下终止。

_____ _____
个人或法定代理人签名 *日期*

_____
个人姓名（正楷）

_____
如为法定代理人，请填写姓名及与当事人的关系

~ 限官方使用 ~

ATTESTATION
To be completed by worker

I attest that informed consent, as indicated, was obtained from the above individual, who provided his/her signature above. All appropriate processes were followed, and consent was provided voluntarily.

_____ _____
Signature *Date*

_____
Print