

קליענט מוז שרייבן אינישעלס ביי יעדע אפטיילונג וואס איז נוגע און אונטערשרייבן ביים ענדע. ארבעטער מוז אויספולן דערקלערונג.

**אינפארמירטע צושטימונג צוזאמצונעמען און רעקארדירן פערזענליכע אינפארמאציע**

איך ערלויב \_\_\_\_\_ צו האלטן פערזענליכע אינפארמאציע צוגעשטעלט דורך מיר אדער מיין באפולמעכטיגטע פארשטייער אין די קליענט דאטא סיסטעם אויפגעהאלטן דורך די ניו יארק סטעיט אפיס פאר די עלטערע און גענוצט דורך NY Connects. NY Connects איז א ריסאורס צענטער פאר עלטערע און מענטשן מיט דיסעביליטיס וועלכע ווערט צוגעשטעלט דורך די סטעיט אפיס פאר די עלטערע און די דעפארטמענט אוו העלט דורך זיינע לאקאלע פארטנערס. NY Connects אידענטיפיצירט געברויכן, שטעלט צו אינפארמאציע און הילף, און פירט זיך ווי א פארבינדונג צו פיל פראגראמען און סערוויסעס וואס העלפן מענטשן בלייבן זעלבסט-שטענדיג. דער קליענט דאטא סיסטעם ערלויבט אנדערע לאקאלע פארטנערס צו זען מיין אינפארמאציע אויב א רעפערעל ווערט געמאכט, אבער דאס וועט נאר פאסירן מיט מיין ערלויבעניש.

איך פארשטיי אז די אינפארמאציע ווערט צוזאמגענומען כדי צו העלפן שטאב מיטגלידער מיר פארבינדן צו סערוויסעס אונטער די NY Connects סיסטעם. איך פארשטיי אז די אינפארמאציע איז נויטיג כדי די שטאב זאל קענען מאכן רעפערעלס פאר מיר אדער זיך צו פארבינדן מיט אנדערע אגענטורן וואס קענען מיר מעגליך העלפן. די באפולמעכטיגונג צושטעלן די סערוויסעס און צאמצונעמען מיין אינפארמאציע פאר די צוועקן געפונט זיך אין די ניו יארק סטעיט עלטערע געזעץ.

איך פארשטיי אז, לויט ניו יארק סטעיט'ס פערזענליכע פריוואטקייט באשיצונג געזעץ, וועט מיין פערזענליכע אינפארמאציע געהאלטן ווערן אין געהיים. עס וועט נישט ווערן מיטגעטיילט אן מיין ערלויבעניש.

איך פארשטיי וועלכע אינפארמאציע וועט ווערן רעקארדירט, די געברויך פאר די אינפארמאציע, און אז עס זענען דא געזעצן און רעגולאציעס וואס באשיצן מיין אינפארמאציע.

איך פארשטיי אז אונטערשרייבן די באפולמעכטיגונג איז פרייוויליג, אבער אז דאס אפזאגן קען באגרעניצן די אפציעס וועלכע זענען אוועילעבל פאר מיר.

**קליענט אינישעל**

**אינפארמירטע צושטימונג צו רעפערירן און מיטטיילן פערזענליכע אינפארמאציע**

איך פארלאנג און ערלויב \_\_\_\_\_ ארויסצוגעבן אלע פארלאנגטע רעקארדס, אריינגערעכנט אבער נישט באגרעניצט צו, פערזענליכע אינפארמאציע, געזונטהייט אינפארמאציע, און סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע וועגן מיר וואס איך האב געגעבן פאר \_\_\_\_\_ צו די פאלגנדע פלעצער כדי זיי זאלן קענען מאכן רעפערעלס פאר סערוויסעס וואס איך קען דארפן, אדער פאר די פאלגנדע צוועקן:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

איך פארשטיי אז די רעקארדס ווערן ארויסגעגעבן פארן ציל פון מאכן א רעפערעל צו די אויבנדערמאנטע פלעצער און צו העלפן צושטעלן סערוויסעס פאר מיר.

איך פארשטיי וועלכע אינפארמאציע וועט ארויסגעגעבן ווערן, דער געברויך פאר די אינפארמאציע, און אז עס זענען דא געזעצן און רעגולאציעס וועלכע באשיצן די געהיימעניס פון די אינפארמאציע.

איך פארשטיי אז אונטערשרייבן די באפולמעכטיגונג איז פרייוויליג, אבער אז דאס אפזאגן קען באגרעניצן די אפציעס וועלכע זענען אוועילעבל פאר מיר.

איך פארשטיי אז אינפארמאציע וואס ווערט גענוצט אדער אנטפלעקט אין פארבינדונג צו דעם באפולמעכטיגונג קען מעגליך ווערן ווידער-ארויסגעגעבן דורך דער רעספיעיענט און אין אזא פאל וועט עס מער נישט זיין באשוצט דורך פעדעראלע אדער סטעיט געזעץ.

**קליענט אינישעל**

**אינפארמירטע צושטימונג מיטצוטיילן געוויסע אינפארמאציע אין פאל פון חורבן אדער עמערדזשענסי**

אין פאל פון חורבן אדער עמערדזשענסי, ערלויב איך ארויסצוגעבן אינפארמאציע וועגן סערוויסעס וואס איך באקום, מיין האוזינג צושטאנד און מיט וועמען איך וואוין, מעדיצינישע געצייג אדער סערוויסעס גענויטיגט טעגליך, פרעסקריפשען מעדיצינען גענומען טעגליך, ספעציעלע דיעטע געברויכן, ספעציעלע קאמוניקאציע געברויכן, בלינדקייט אדער אנדערע זע-קראפט שוועריקייטן, און אינפארמאציע וועגן מיין אלגעמיינע אומשטענדן און באוועגונג.

איך פארשטיי אז די אינפארמאציע וועט נאר געגעבן ווערן צו די וואס וועלן עס נוצן צו רעאגירן אין אן עמערדזשענסי, אזויווי רעגירונג אגענטורן, געזעץ פארסירונג, אדער די וואס ארבעטן פאר זיי אין פאל פון חורבן אדער עמערדזשענסי.

איך פארשטיי אז אינפארמאציע וואס ווערט גענוצט אדער אנטפלעקט אין פארבינדונג צו דעם באפולמעכטיגונג קען מעגליך ווערן ווידער-ארויסגעגעבן דורך דער רעסיפיענט און אין אזא פאל וועט עס מער נישט זיין באשוצט דורך פעדעראלע אדער סטעיט געזעץ.

קליענט אינישעל \_\_\_\_\_

איך ערלויב די אויבנדערמאנטע שריט וואו איך האב געשריבן מיינע אינישעלס. די באפולמעכטיגונגען וואס זענען געגעבן געווארן זאל נישט אויסלויפן אויסער אויב עס ווערט אנולירט.

\_\_\_\_\_ דאטום

\_\_\_\_\_ אונטערשריפט פון פערזאן אדער לעגאלע פארשטייער

\_\_\_\_\_ מענטש'ס נאמען (דרוקט)

\_\_\_\_\_ אויב לעגאלע פארשטייער, שטעלט צו אייער נאמען און פארבינדונג מיטן פערזאן

~~~~~ FOR OFFICE USE ONLY ~~~~~

**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 \_\_\_\_\_