

*Il/La cliente deve apporre le proprie iniziali in ciascuna sezione pertinente e la propria firma alla fine. L'operatore deve completare l'attestazione.*

**Consenso informato alla raccolta e alla registrazione dei dati personali**

Autorizzo [name of entity capturing] a salvare i dati personali forniti da me o dal mio rappresentante autorizzato nel Sistema informatico dei clienti gestito dal New York State Office for the Aging (*Ufficio per la Terza Età dello Stato di New York*) e utilizzato dal sistema NY Connects. NY Connects è un centro risorse per anziani e disabili fornito dal New York State Office for the Aging e dal New York State Department of Health attraverso i propri partner locali. NY Connects individua le esigenze, fornisce informazioni e assistenza e opera da tramite con i numerosi programmi e servizi che consentono agli utenti di mantenere la propria autonomia. Il Sistema informatico dei clienti consente agli altri partner locali di accedere ai dati che la riguardano in caso di richiesta di consulenza, ma unicamente nel caso in cui io abbia fornito l'autorizzazione a farlo.

Sono consapevole che questi dati saranno raccolti per consentire allo staff di associarmi ai servizi offerti dal sistema NY Connects. Sono consapevole che tali dati siano fondamentali per consentire allo staff di richiedere consulenze per mio conto o per contattare altre agenzie che possano aiutarmi. L'autorità per erogare questi servizi e per raccogliere i miei dati per tali finalità è specificata dalla New York State Elder Law.

Riconosco che, in base alla New York State's Personal Privacy Protection Law, i miei dati personali saranno tenuti riservati. Non saranno condivisi senza la mia autorizzazione.

Sono consapevole dei dati che verranno acquisiti, della necessità di tali dati e del fatto che esistano leggi e norme a tutela dei miei dati.

Riconosco che la firma di tale autorizzazione è volontaria e che rifiutandomi di apporla potrei invece incorrere in alcune limitazioni.

**Iniziali del/la cliente** \_\_\_\_\_

---

**Consenso informato alla consulenza e alla condivisione dei dati personali**

Richiedo e autorizzo il rilascio da parte di [Entity making referral] di ogni informazione richiesta, compresi, senza limitazioni, dati personali, informazioni sanitarie e qualsiasi altra informazione che mi riguardi e che ho fornito a [entity making referral], ai seguenti soggetti perché possano consigliarmi i servizi di cui possa aver bisogno, o per le finalità individuate di seguito:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sono consapevole che queste informazioni verranno rilasciate allo scopo di richiedere una consulenza ai soggetti di cui sopra perché possano fornirmi i servizi necessari.

Sono consapevole dei dati che verranno rilasciati, della necessità di tali dati e del fatto che esistano leggi e norme a tutela della riservatezza di questi dati.

Riconosco che la firma di tale autorizzazione è volontaria e che rifiutandomi di apporla potrei invece incorrere in alcune limitazioni.

Sono consapevole che le informazioni utilizzate o divulgate in base alla presente autorizzazione potranno essere nuovamente divulgate dal destinatario e che in tal caso non risulteranno più tutelate da alcuna legge federale o statale.

**Iniziali del/la cliente** \_\_\_\_\_

---

**Consenso informato alla condivisione di alcune informazioni in caso di calamità o emergenza**

In caso di calamità o emergenza, autorizzo il rilascio di informazioni riguardanti i servizi che ricevo, la mia situazione abitativa e i relativi conviventi, le apparecchiature o i servizi medici di cui ho bisogno quotidianamente, i farmaci da prescrizione assunti quotidianamente, le esigenze alimentari speciali, le esigenze di comunicazione speciali, la cecità o altri deficit visivi e le informazioni sulle mie condizioni generali e di mobilità.

Sono consapevole che queste informazioni verranno fornite solo a coloro che ne faranno uso in risposta a un'emergenza, come le agenzie governative, le forze dell'ordine o quanti operano per conto di queste ultime nelle situazioni di calamità o di emergenza.

Sono consapevole che le informazioni utilizzate o divulgate in base alla presente autorizzazione potranno essere nuovamente divulgate dal destinatario e che in tal caso non risulteranno più tutelate da alcuna legge federale o statale.

**Iniziali del/la cliente** \_\_\_\_\_

Autorizzo l'esecuzione dei consensi per i quali ho apposto le mie iniziali. Le autorizzazioni fornite saranno valide finché non saranno revocate.

\_\_\_\_\_ *Firma del soggetto o del rappresentante legale*

\_\_\_\_\_ *Data*

\_\_\_\_\_ *Nome e cognome del soggetto (In stampatello)*

\_\_\_\_\_ *In caso del rappresentante legale, indicare nome, cognome e la relazione con il soggetto*

~ ~ ~ ~ ~ RISERVATO ALL'UFFICIO ~ ~ ~ ~ ~

**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*