

## 知情同意书撤销

此表根据您的要求而提供。它可用于撤销分享您的信息以及代表您进行转介的同意书。

若您撤销此同意书，则自生效日期起，即本机构收到填妥的此表之日，我们不会再披露您的信息。撤销同意书不会对您之前同意披露的信息产生任何影响。

要撤销分享由 New York State Office for the Aging (纽约州老龄化人口办公室) 维护的客户数据系统中保存的任何个人信息的同意书，请勾选表格第 2 页的第一个方框并填写所有必填项目。

若您只想撤销与某些实体分享信息的同意书，请勾选下方的第二个方框，并在空白处列出这些特定机构。

要撤销为应对灾难或紧急情况而披露您的个人信息(除基本联系信息之外)的同意书，请勾选第三个方框。

如果当事人的信息由法定授权代理人存储，并由代理人代表其填写此表，请在空白处注明。应使用当事人存储在存档的联系信息填写所有字段。若法定代理人提出撤销同意书，则只有在本机构核实法定权限之后，方可撤销。

填写完成后，请按照以下地址将此表邮寄给本机构。如果您有任何疑问或顾虑，请随时通过提供的电话号码联系我们。

地址：

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

电话：

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

本人特此撤销分享或披露我存储在客户数据系统中的任何个人信息的同意书，包括出于转介之目的。本人了解，此行为不会对撤销生效之日前披露的信息产生任何影响。

本人特此撤销向以下实体分享或披露我的个人信息的同意书：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

本人特此撤销为应对灾难或紧急情况而披露任何有关特殊风险因素的个人信息的同意书。

此表是否由代表其客户的法定授权代理人填写并签名？请圈选：

是 / 否

如果“是”，请填写以下内容（请用正楷书写）：

\_\_\_\_\_

法定代理人姓名

( )

\_\_\_\_\_

电话号码

\_\_\_\_\_

地址（州、镇、街道、邮编）

此表格的其余部分，包括签名行，也必须填写。

### 客户信息

客户姓名（正楷）： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

电话号码： ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

签名

\_\_\_\_\_

日期

\_\_\_\_\_

姓名（正楷）