
Le client doit parapher chaque section et signer à la fin Le travailleur doit remplir l'attestation

**Consentement éclairé pour la collecte et l'enregistrement
d'informations personnelles**

Je consens à ce que _____ enregistre les informations personnelles que j'ai fournies ou que mon représentant autorisé a fournies dans le système de données sur les clients géré par l'Office de l'État de New York pour les personnes âgées (NYSOFA). Le fait de sauvegarder mes informations de cette manière permet aux autres agences qui utilisent le système de données sur les clients de voir mes informations si un renvoi est effectué, mais cela ne se fera qu'avec ma permission.

Je comprends que ces informations sont collectées pour aider à fournir des services dans le cadre de l'Office national des personnes âgées et des Offices locaux des personnes âgées. Il permet également d'identifier d'autres services dont je pourrais avoir besoin. Je comprends que ces informations sont nécessaires pour que certains services soient fournis. Le pouvoir de fournir ces services et de collecter mes informations à ces fins se trouve dans l'Older Americans Act et dans la loi sur les personnes âgées de l'État de New York.

Je comprends que, conformément à la loi sur la protection de la vie privée de l'État de New York, mes informations personnelles resteront confidentielles. Elles ne seront pas partagées sans ma permission.

Je comprends quelles informations seront enregistrées, leur nécessité, et qu'il existe des lois et des règlements protégeant mes informations.

Je comprends que la signature de cette autorisation est volontaire, mais que le refus de la signer peut limiter les options qui me sont offertes.

Initiales du Client _____

**Consentement éclairé pour le renvoi et le partage de
renseignements personnels**

Je demande et consens à ce que _____ divulgue tous les dossiers demandés, y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements personnels, les renseignements sur la santé, et toute autre information me concernant que j'ai fournie à _____ afin qu'elles puissent m'orienter vers les services dont je pourrais avoir besoin, ou aux fins identifiées comme suit :

Je comprends quelles informations seront divulguées, la nécessité de ces informations, et qu'il existe des lois et des règlements protégeant la confidentialité de ces informations.

Je comprends que la signature de cette autorisation est volontaire, mais qu'un refus peut limiter les options qui me sont offertes.

Je comprends que les informations utilisées ou divulguées en vertu de la présente autorisation peuvent être divulguées à nouveau par le destinataire et que, dans ce cas, elles peuvent ne plus être protégées par les lois fédérales ou nationales.

Initiales du Client _____

Consentement éclairé au partage de certaines informations en cas de catastrophe ou d'urgence

En cas de catastrophe ou d'urgence, je consens à la divulgation d'informations sur les services que je reçois, ma situation en matière de logement et les personnes avec lesquelles je vis, l'équipement ou les services médicaux dont j'ai besoin quotidiennement, les médicaments sur ordonnance pris quotidiennement, les besoins diététiques spéciaux, les besoins de communication spéciaux, la cécité ou d'autres déficiences visuelles, ainsi que des informations sur mon état général et ma mobilité.

Je comprends que ces informations ne seront communiquées qu'aux personnes qui les utiliseront pour répondre à une situation d'urgence, comme les agences gouvernementales, les forces de l'ordre ou les personnes agissant en leur nom en cas de catastrophe ou de situation d'urgence.

Je comprends que les informations utilisées ou divulguées en vertu de la présente autorisation peuvent être divulguées à nouveau par le destinataire et que, dans ce cas, elles peuvent ne plus être protégées par les lois fédérales ou nationales.

Initiales du Client _____

Je consens aux actions ci-dessus où j'ai apposé mes initiales. Les autorisations fournies n'expirent pas, sauf si elles sont révoquées.

Signature de la personne ou du représentant légal

Date

Nom de la personne (en lettres majuscules)

Si vous êtes un représentant légal, indiquez votre nom et le lien de parenté avec l'individu

----- PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION -----

ATTESTATION

À compléter par le travailleur

J'atteste que le consentement éclairé, tel qu'indiqué, a été obtenu de la personne susmentionnée, qui a apposé sa signature ci-dessus. Toutes les procédures appropriées ont été suivies, et le consentement a été donné volontairement.

Signature

Date

Nom en majuscule

Réinitialiser/Effacer