

*Klient musi parafować każdą sekcję, która go dotyczy i podpisać dokument na końcu. Pracownik musi wypełnić zaświadczenie.*

### **Świadoma zgoda na gromadzenie i rejestrowanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę \_\_\_\_\_ na zapisanie danych osobowych podanych przeze mnie lub mojego upoważnionego przedstawiciela w Systemie Danych Klienta prowadzonym przez Urząd ds. Osób Starszych w Stanie Nowy Jork (New York State Office for the Aging; NYSOFA). Zapisanie moich informacji w ten sposób pozwala innym agencjom, które używają Systemu Danych Klienta, zobaczyć moje informacje w przypadku skierowania do nich, ale będzie to możliwe tylko za moją zgodą.

Rozumiem, że te informacje są gromadzone, aby pomóc w świadczeniu odpowiednich usług we współpracy ze Stanowym Urzędem oraz lokalnymi Urzędami ds. Osób Starszych. Pomaga to również w identyfikacji innych usług, których mogę potrzebować. Rozumiem, że informacje te są potrzebne w celu świadczenia niektórych rodzajów usług. Uprawnienie do świadczenia tych usług i gromadzenia moich danych w tych celach znajduje się w Ustawie o starszych Amerykanach (Older Americans Act) oraz Ustawie Stanu Nowy Jork o osobach starszych (New York State Elder Law).

Rozumiem, że zgodnie z Ustawą Stanu Nowy Jork o ochronie prywatności (New York State's Personal Privacy Protection Law), moje dane osobowe będą traktowane jako poufne. Nie będą one udostępniane bez mojej zgody.

Rozumiem, jakie informacje będą rejestrowane, jaka jest potrzeba uzyskania tych informacji oraz że istnieją prawa i przepisy chroniące moje dane.

Rozumiem, że podpisanie niniejszego upoważnienia jest dobrowolne, ale odmowa jego podpisania może ograniczyć dostępne dla mnie opcje.

**Parafka Klienta** \_\_\_\_\_

### **Świadoma zgoda na przekazywanie i udostępnianie danych osobowych**

Wnioskuje i wyrażam zgodę na wydanie przez \_\_\_\_\_ wszystkich żądanych rejestrów, w tym m.in., danych osobowych, informacji zdrowotnych i wszelkich innych informacji dotyczących mojej osoby, które dostarczyłem następującym podmiotom \_\_\_\_\_, aby mogły one wybrać dla mnie usługi, których mogę potrzebować, lub do celów określonych w następujący sposób:

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

Rozumiem, jakie informacje będą udostępniane, jaka jest potrzeba uzyskania tych informacji oraz że istnieją prawa i przepisy chroniące poufność tychże informacji.

Rozumiem, że podpisanie niniejszego upoważnienia jest dobrowolne, ale odmowa jego podpisania może ograniczyć dostępne dla mnie opcje.

Rozumiem, że informacje wykorzystane lub ujawnione zgodnie z niniejszym upoważnieniem mogą zostać ponownie ujawnione przez odbiorcę i w takim przypadku mogą nie być już chronione przez prawo federalne lub stanowe.

**Parafka Klienta** \_\_\_\_\_

**Świadoma zgoda na udostępnienie określonych informacji w przypadku katastrofy lub sytuacji kryzysowej**

W przypadku katastrofy lub sytuacji kryzysowej wyrażam zgodę na ujawnienie informacji o usługach, z których korzystam, mojej sytuacji mieszkaniowej i osobach, z którymi mieszkam, sprzęcie medycznym lub usługach potrzebnych na co dzień, lekach na receptę przyjmowanych codziennie, specjalnych potrzebach żywieniowych, specjalnych potrzebach komunikacyjnych, ślepotcie lub innych upośledzeniach wzroku oraz informacji o moim ogólnym stanie zdrowia i mobilności.

Rozumiem, że te informacje zostaną przekazane tylko osobom, które będą z nich korzystać w celu reagowania na sytuacje kryzysowe, takie jak agencje rządowe, organy ścigania lub osoby działające w ich imieniu w przypadku katastrofy lub sytuacji kryzysowej.

Rozumiem, że informacje wykorzystane lub ujawnione zgodnie z niniejszym upoważnieniem mogą zostać ponownie ujawnione przez odbiorcę i w takim przypadku mogą nie być już chronione przez prawo federalne lub stanowe.

**Parafka Klienta** \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na powyższe działania w miejscach, które parafowałem. Udzielone upoważnienia nie wygasają, chyba że zostaną cofnięte.

\_\_\_\_\_  
*Podpis osoby lub przedstawiciela prawnego*

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

\_\_\_\_\_  
*Imię i nazwisko osoby (drukowanymi literami)*

\_\_\_\_\_  
*W przypadku przedstawiciela prawnego należy podać imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa z daną osobą*

~~~~~WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU URZĘDOWEGO~~~~~

**ZAŚWIADCZENIE**

*Wypełnia pracownik*

Zaświadczam, że świadoma zgoda, jak wskazano, została uzyskana od powyższej osoby, która złożyła swój podpis powyżej. Zastosowano wszystkie odpowiednie procedury, a zgoda została udzielona dobrowolnie.

\_\_\_\_\_  
*Podpis*

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

\_\_\_\_\_  
*Drukuj*

Resetuj/Wyczyść