Italian

NYS Office For People With Developmental Disabilities
Putting People First

PHOTO CONSENT FORM

AUTORIZZAZIONE/CONSENSO ALL'UTILIZZO O ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI AI FINI DELLA PUBBLICAZIONE

Parte I. Nome della persona	
Nome: *Nome* *Cognome* *Secondo nome*	*Ultime 4 cifre del Numero di sicurezza sociale:*
Indirizzo:	*Data di nascita:*
	Numero di telefono: ( )

Parte II. Autorizzazione all'utilizzo o alla divulgazione di informazioni, comprese le informazioni cliniche riservate:

con la presente, si autorizza OPWDD a utilizzare o a divulgare le seguenti informazioni:

Descrivere le informazioni da utilizzare o divulgare (barrare le caselle appropriate): Dates of service (if applicable):

☐ Fotografie o altre mie immagini
☐ Il mio nome
☐ Il mio indirizzo o il programma seguito
☐ Altro, si prega di specificare:

Per i fini divulgativi descritti nel prosieguo:
Descrivere i fini di utilizzo o divulgazione (barrare le caselle appropriate):

☐ Pubblicazione sul sito internet di OPWDD
☐ Pubblicazione nella newsletter OPWDD o in altri formati di distribuzione pubblica
☐ Divulgazione ai media
☐ Materiale formativo, comprese registrazioni video
☐ Altro (si prega di specificare)

Nota: the following must be completed by health care providers or health plans requesting the authorization:
Il fornitore di assistenza medica o il piano sanitario che richiede l'autorizzazione riceverà benefici finanziari o di altro tipo in cambio dell'utilizzo o della divulgazione delle suddette informazioni cliniche?

☐ **No** ☐ **Sì**

Parte III. Firma e data:

1. Sono a conoscenza del fatto che non riceverò alcun pagamento o compenso per l'utilizzo o la divulgazione di fotografie o altre mie immagini né per l'utilizzo o la divulgazione di altre informazioni a mio riguardo al fine della pubblicazione alla quale ho dato la mia autorizzazione con il presente documento.

2. Sono a conoscenza del fatto che posso revocare tale autorizzazione, per iscritto, in qualsiasi momento informando la persona o l'ente autorizzato all'utilizzo o divulgazione delle informazioni sopra elencate.

3. Sono a conoscenza del fatto che una revoca non è efficace nei confronti di azioni compiute, dalle persone o enti sopra indicati, prima della ricezione di tale revoca ed entro i limiti imposti da tale autorizzazione.

4. Sono a conoscenza del fatto che se la persona o ente autorizzato a ricevere le mie informazioni cliniche non è un fornitore di assistenza medica o un piano sanitario, le informazioni fornite potrebbero essere ulteriormente divulgate e potrebbero non essere più protette dalla normativa federale sulla privacy.

5. Sono a conoscenza del fatto che poso rifiutare di apporre la mia firma al presente modulo che autorizza la divulgazione di informazioni sanitarie riservate e che il mio rifiuto di firmare non ha effetto sulla mia idoneità a ricevere cure o pagamenti ad eccezione del caso in cui tali informazioni siano necessarie per il pagamento o l'iscrizione.

6. Sono al corrente di avere, in conformità alla Politica di riservatezza dell'agenzia pertinente, la facoltà di ispezionare o fare copie di qualsiasi informazione utilizzata o divulgata ai sensi della presente autorizzazione su richiesta nonché di ottenere una copia del presente modulo qualora lo richieda.

Firma della persona o del rappresentante	*Data*
Nome in stampatello della persona o del rappresentante	*Rapporto del rappresentante con la persona*

La presente autorizzazione e valida fino a:
(inserie data o evento)

Una copia di questo modulo firmato deve essere fornita alla persona o al rappresentante.