



ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ/СОГЛАСИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ

Часть I. Ф. И. О. участника			
Фамилия	Имя	Средний инициал	Последние 4 цифры номера соц. обеспечения:
Адрес:			Дата рождения:
			Телефон: ()

Часть II. Разрешение на использование и раскрытие информации, включая защищенную клиническую информацию

дает право OPWDD использовать и раскрывать следующую личную информацию:

Укажите информацию, подлежащую использованию и раскрытию (отметьте все подходящие варианты):

Даты оказания услуг (если применимо):

- Мои фотографии и другие изображения
- Мои имя и фамилия
- Адрес моего места жительства и программу, в которой я участвую
- Другое (укажите):

Для опубликования в указанных ниже источниках:

Укажите цели использования или раскрытия (отметьте все подходящие варианты):

- Публикация на веб-сайте OPWDD
- Публикация в новостной рассылке OPWDD или в источниках другого формата для распространения
- Передача средствам массовой информации
- Обучающие материалы, включая видеозаписи
- Другое (укажите)

Примечание. Вопрос для поставщика медицинских услуг или сотрудника плана медицинского обслуживания, запрашивающих разрешение.

Предусмотрена ли финансовая или аналогичная компенсация поставщику медицинских услуг или плану медицинского обслуживания, запрашивающим данное разрешение, в случае использования или раскрытия вышеуказанной медицинской или клинической информации?

- Нет
- Да

Часть III. Подпись и дата

1. Я понимаю, что не буду получать оплату или компенсацию за использование и передачу каких-либо моих фотографий или изображений, а также использование и раскрытие какой-либо другой информации обо мне в публикациях, на которые я даю разрешение настоящим документом.

2. Я могу отозвать данное разрешение в письменной форме в любое время путем уведомления лица или учреждения, которому я дал(а) разрешение на использование и раскрытие вышеуказанной информации.

3. Я понимаю, что отзыв разрешения не распространяется на действия, предпринятые лицом или учреждением, указанным выше, на основании данного разрешения, до того как они получили требование об отзыве разрешения.

4. Я понимаю, что если лицо или учреждение, имеющие разрешение на получение моей медицинской и клинической информации, не являются поставщиком медицинских услуг или медицинским планом, разглашенная информация может быть раскрыта третьей стороной и более не попадать под защиту федеральных положений о конфиденциальности частной информации.

5. Я могу отказаться подписывать данную форму разрешения на раскрытие защищенной медицинской информации, и мой отказ от подписания данной формы не повлияет на мои возможности получать лечение или оплату услуг, помимо ряда случаев, когда данная информация необходима для получения оплаты услуг или осуществления регистрации.

Подпись участника или представителя

Дата

Имя и фамилия участника или представителя (печатными буквами)

Кем приходится представитель участнику

Срок действия данного разрешения истекает:

(укажите дату или событие)

Копия данной подписанной формы предоставляется участнику или представителю.