NYS Office For People With Developmental Disabilities

Putting People First

PHOTO CONSENT FORM

פאטאגראף צושטימונג בויגן באפולמעכטיגונג/צושטימונג פאר באנוץ אדער ארויסגעבן פון אינפארמאציע פאר פארעפנטליכונג צוועקן

חלק I. נאמען פון פערזאן	
נאמען: לעצטע ערשטע מיטלסטע אות	*לעצטע 4 ציפערן פון סאושעל סעקיוריטי נומער:*
אדרעס:	*דאטום פון געבורט:*
	טעלעפאן נומער ( )

חלק II. באפולמעכטיגונג פאר באנוץ און ארויסגעבונג פון אינפארמאציע, אריינגערעכנט באשיצטע קלינישע אינפארמאציע:

באפולמעכטיגט OPWDD צו נוצן אדער ארויסגעבן די פאלגנדע אינפארמאציע וועגן אייך:

שילדער די אינפארמאציע וואס דארף ווערן באנוצט אדער ארויסגעגעבן (טשעקט אלע וואס זענען שייך):

דאטומס פון סערוויס (אויב שייך):

☐ פאטאגראפיעס אדער אנדערע ענליכקייטן פון מיר
☐ מיין נאמען
☐ מיין רעזידענץ אדער פראגראם מיטגעהאלטן
☐ אנדערע, ביטע שילדער:

פאר די פארעפענטליכונג צוועקן געשילדערט אונטן:

שילדער די צוועקן פאר באנוץ אדער ארויסגעבונג (טשעקט אלע וואס זענען שייך):

☐ ארויסשטעלן אויפ'ן OPWDD אינטערנעט וועב זייטל
☐ פארעפענטליכונג אין אן OPWDD נייעס בריוו אדער אנדערע פארמאט פאר פובליק אויסטיילונג
☐ רעליס צו די מידיא
☐ טרעניירונג מאטריאלן, אריינגערעכנט ווידעא רעקארדירונגען
☐ אנדערע(ביטע שילדער)

באמערקונג: די פאלגנדע מוז אויסגעפילט ווערן דורך א געזונטהייט קעיר פראוויידער אדער געזונטהייט פלענער וואס פארלאנגען די באפולמעכטיגונג:
וועט דער געזונטהייט קעיר צושטעלער אדער געזונטהייט פלאן וואס פאדערט די באפולמעכטיגונג ערהאלטן פינאנציעלע אדער זעלבע סארט פארגיטיגונג אין אויסטויש פאר'ן נוצן אדער ארויסגעבן די געזונטהייט אדער קלינישע אינפארמאציע געשילדערט אויבן?

☐ **ניין** ☐ **יא**

חלק III. אונטערשריפט און דאטום:

1. איך פארשטיי אז איך וועל נישט באקומען קיין באצאלונג אדער פארגיטיגונג פאר'ן באנוץ אדער ארויסגעבונג פון סיי וועלכע פאטאגראפן אדער ענליכקייטן פון מיר אדער באנוץ אדער ארויסגעבונג פון סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע וועגן מיר פאר די פארעפענליכונג צוועקן וועלכע איך האב באפולמעכטיגט אין דעם דאקומענט.

2. איך מעג צוריקציען דעם באפולמעכטיגונג, שריפטליך, צו יעדע צייט דורך מעלדן דעם מענטש אדער קערפערשאפט וועם איך האב באפולמעכטיגט צו נוצן אדער ארויסגעבן די אינפארמאציע ווי אויסגערעכנט אויבן.

3. איך פארשטיי אז א צוריקציאונג איז נישט ווירקזאם קעגן פעולות גענומען דורך דעם מענטש אדער קערפערשאפט וועמענ'ס נאמען שטייט אויבן בעפאר זיי האבן ערהאלטן אזא צוריקציאונג און אויף ווי ווייט זיי האבן זיך פארלאזט אויף די באפולמעכטיגונג.

4. איך פארשטיי אז אויב דער מענטש אדער קערפערשאפט וואס איז באפולמעכטיגט צו ערהאלטן מיין געזונטהייט און קלינישע אינפארמאציע איז נישט א געזונטהייט קעיר צושטעלער אדער געזונטהייט פלאן, קען די ארויסגעגעבענע אינפארמאציע ווערן נאכאמאל ארויסגעגעבן און וועט מעגליך נישט זיין באשיצט דורך פעדעראלע פריוואטקייט רעגולאציעס.

5. איך מעג אפזאגן אונטערצושרייבן דעם בויגן וואס ערלויבט באפרייאונג פון באשיצטע געזונטהייט אינפארמאציע און מיין אפזאג אונטערצושרייבן וועט נישט באווירקן מיין מעגליכקייט צו ערהאלטן באהאנדלונג אדער באצאלונג אויסער אין געוויסע מצבים ווען אזא אינפארמאציע פעלט אויס פאר באצאלונג און איינשרייבונג.

6. איך מעג, אין איינקלאנג מיט די פריוואטקייט פאליסי פון סיי וועלכע אגענטור, אונטערזוכן אדער קאפיען סיי וועלכע אינפארמאציע באנוצט אדער ארויסגעגעבן אונטער דעם באפולמעכטיגונג אויפ'ן פארלאנג און ערהאלטן א קאפיע פון דעם בויגן אויב איך בעט עס.

אונטערשריפט פון פערזאן אדער פארטרעטער	*דאטום*
שרייבט נאמען אין פרינט פון פערזאן אדער פארטרעטער	*פארטרעטער'ס פארבינדונג צו פערזאן*

די באפולמעכטיגונג ענדיגט זיך:

(לייגט אריין דאטום אדער געשעעניש)

א קאפיע פון דעם אונטערגעשריבענעם בויגן זאל צוגעשטעלט ווערן צום פערזאן אדער פארטרעטער.