

GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ PHỔ BIẾN THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO VỆ VỀ SỨC KHỎE

HỌ

TÊN GỌI

NGÀY SANH (THÁNG/NGÀY/NĂM)

CHO PHÉP NƠI ĐÂY

TÊN CƠ SỞ	SỐ NHÀ - ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ SỐ BƯU CHÍNH
-----------	----------------	-----------	-----------	-----------------

Được Phổ Biến Thông Tin Được Bảo Vệ Về Sức Khỏe, cho:

TÊN VĂN PHÒNG KHU VỰC THUỘC SỞ DỊCH VỤ XÃ HỘI CÔNG CỘNG (DPSS)

SỐ NHÀ - ĐƯỜNG

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

MÃ SỐ BƯU CHÍNH

NGÀY HẾT HIỆU LỰC: Giấy Cho Phép này có giá trị cho tới ngày sau đây: ____ / ____ /20____**NHỮNG THÔNG TIN ĐƯỢC PHÉP PHỔ BIẾN**

- Tình Trạng Tâm Thần Tình Trạng Khác (Xin Ghi Rõ) _____

____ Tôi hiểu và đồng ý để cho người (nơi) cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi hoàn tất rồi gửi nạp mẫu đơn ABP 1676-3 GRMH về cho Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng (DPSS), để Sở DPSS có thể xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi của tôi; điều này bao gồm việc cung cấp cho sở DPSS những thông tin liên quan tới bất cứ tình trạng suy yếu hoặc hư hại nào về sức khỏe tâm thần, ngày tôi khởi sự bị tình trạng này, tôi có đang tích cực tìm cách chữa trị hay không, tình trạng của tôi được dự trù sẽ kéo dài bao lâu, tình trạng này có ảnh hưởng tới khả năng tham dự vào một việc làm hoặc một chương trình huấn nghiệp liên-quan-tới-việc-làm của tôi hay không. Tôi hiểu rằng những thông tin về sức khỏe được sử dụng và tiết lộ, do kết quả của việc tôi ký tên vào Giấy Cho Phép này, có thể được đem tiết lộ lại, và không còn được bảo vệ bởi luật liên bang về sự riêng tư của các thông tin về sức khỏe nữa.

QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ ĐỐI VỚI SỰ CHO PHÉP NÀY:

Quyền Được Nhận Một Phó Bản của Giấy Cho Phép này – Tôi hiểu rằng nếu tôi ký tên vào Giấy Cho Phép này, tôi sẽ được cấp một phó bản.

CÁC ĐIỀU KIỆN: Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký tên vào Giấy Cho Phép này, và việc từ chối này không ảnh hưởng gì tới khả năng được nơi cung cấp chăm sóc sức khỏe cho tôi chữa trị như bình thường, nhưng làm như vậy có thể có tác động đối với tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi DPSS của tôi.

Tôi đã có dịp duyệt xét và hiểu nội dung của Giấy Cho Phép này rồi. Khi ký tên vào Giấy Cho Phép này, tôi xác nhận rằng nó phản ảnh trung thực các ước muốn của tôi.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ

VIẾT TÊN BẰNG CHỮ IN

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG

VIẾT TÊN BẰNG CHỮ IN/QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN

NGÀY

Quyền Được Thu Hồi Sự Cho Phép này – Tôi hiểu rằng tôi có quyền được thu hồi Sự Cho Phép này vào bất cứ lúc nào, bằng cách báo cho Sở DPSS biết bằng văn bản. Tôi có thể sử dụng phần Thu Hồi Sự Cho Phép ở phần cuối lá đơn này. Tôi sẽ gửi bưu điện hoặc đem giao nạp đơn thu hồi về địa chỉ sau đây:

--

Tôi cũng hiểu rằng sự thu hồi này sẽ không ảnh hưởng gì tới khả năng của Sở DPSS hay bất cứ người/nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào được sử dụng hoặc tiết lộ những thông tin về sức khỏe hoặc về các lý do liên quan tới sự nhờ cậy trước đây vào Giấy Cho Phép này.

THU HỒI SỰ CHO PHÉP**Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Pháp Lý:****Ngày:**

Nếu là người khác không phải là bệnh nhân ký tên, xin ghi mối liên hệ và thẩm quyền làm điều này:

