

Print Blank Form

Print Form

## РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИЛИ ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ / ДОКУМЕНТОВ

**Контактный человек в отделе HSPHD округа Хеннепин** Все поля/разделы, отмеченные звезвездочкой (\*), должны быть заполнены

**\*** Имя полностью **\*** Номер телефона

# Информация о клиенте

|  |  |
| --- | --- |
| **\*** Имя клиента (полностью) | Номер телефона |
| Девичья фамилия и предыдущие имена | **\*** Дата рождения Номер SMI |
| **\*** Номер дома и название улицы | **\*** Город **\*** Штат **\*** Почтовый индекс  **MN** |

**\* Заявление о получении/выдаче информации**

**Я даю разрешение HSPHD (Отделу обслуживания населения и общественного здоровья**

**связаться с данным лицом / данной организацией**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| организация | Лицо | |
| Название организации | | |
| Имя |  | Номер телефона |
| Номер дома и название улицы |  | Город Штат Почтовый индекс  **MN** |

## Запрашиваемая информация

**\***Инфомация будет использована для:

Продолжения оценки или лечения t. Координирования .обслуживания

Другое

Определения права на помошь/обслуживание

В судебной процедуре

Эта форма на выдачу информации соответствует всем требованиям Постановления правительства Миннесоты об обращении с конфиденциальной информацией (Постановл. MN Stat. 13), HIPAA (45CFR164.508(c) и PHSA (42CFR2.31)

Стр.1 из 2

Print Blank Form

Print Form

## РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИЛИ ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ / ДОКУМЕНТОВ

|  |
| --- |
| **Выдача/получение следующей информации/следующих документов:** |
| **\*** Документ/ы  Дополнительно: более конкертно о данных документах |
| Добавить название документа/ов |

**Срок истечения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Данное разрешение относится к открытому делу в HSPHD и, если не оговорено конкретно, действительно до момента закрытия дела  Данное разрешение истекает: | | |
| **Разрешение клиента и подпись** | | |
| Эта информация может быть выдана другим, если не оговорено иначе устно, письменно или электронно.   * У меня есть право отказаться подписать данное разрешение. Лечение, оплата или дальнейшие действия не зависят от того, подпишу ли я эту форму. * Я могу отменить действие этой формы письменно в любое время, связавшись со своим работником округа и запросив форму № HC 12025, если действия еще не произведены. Копия данного разрешения столь же действительна как оригинал. * Мне возможно придется платить реальную стоимость копирования и/или заверения документов, а также сбора копий с необходимой инфомацией. * Данная инфомаця может быть выдана другим сторонам, которые имееют на нее право по закону и, соответственно, она более не защищена правилами обращения с конфиденциальной информацией.   Если у меня есть вопросы по поводу конфиденциальности моих документов, я могу запросить более подробную информацию у своего работника округа. | | |
| Если подписано другим лицом, укажите, почему оно имеет право подписи  Родитель  несовершеннолетнего Опекун  Иной представитель данного лица |  | |
| Подпись клиента (Подпишите тем именем, которое указано выше) | | Дата подписания |
| Лицам с инвалидностью эта информация может быть предоставлена в другой форме. Позвоните работнику округа или свяжитесь с работником округа через Minnesota Relay Service по телефону **1-800-627-3529** - TTY  Контактный человек: | | |

Стр. 2 из 2

Номер SMI: