

COUNTY OF LOS ANGELES
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

日期: _____

個案姓名: _____

個案號碼: _____

工作人員姓名: _____

工作人員 ID: _____

工作人員電話號碼: _____

顧客 ID: _____

授權使用和公佈受保護的健康資訊

本表格的目的: 這份表格要求你同意並允許公共社會服務局 (DPSS) 獲得有關你健康的資訊。 DPSS 將使用此資訊來決定你的福利。

如果你完整填寫並且簽署了這份表格:

- 你同意你的醫生或者健康照顧醫務人員能夠與 DPSS 分享有關你健康的資訊。
- DPSS 可以分享你的資訊。
- 你有權利在任何時候改變你的主意。

如果你決定不簽署這份表格:

- 這不會影響你的健康照顧治療。
- 這可能影響你的 DPSS 福利。

姓氏 _____ 名字 _____ 出生日期 (月份/日期/年份) _____

我授權:

設施名稱 _____ 街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

公佈有關我健康的資訊給予:

公共社會服務局 (DPSS) 區域辦事處名稱 _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵地區號 _____

這份授權的有效期直到: ____/____/____.

結束日期 (月份/日期/年份)

可以公佈的資訊 (請勾選所有適用的):

精神狀況, 包括:

- 你精神健康的狀況。
- 任何精神狀況的發病日期。
- 你的情形是否在積極地接受治療。
- 你的情形預期會持續多久。
- 你的情形是否會受到影響如果你能夠工作或者在工作-培訓計劃中。

其他 (請說明) _____

你有權利獲得這份表格的副本. 如果你簽署了這份表格, 你將獲得這份表格的簽名副本。

如果你拒絕簽署這份表格:

- 你的健康照顧醫務人員對你治療不會受到影響.
- 可能會影響你是否符合資格領取 DPSS 福利.

_____ 我明白並且同意我的健康照顧醫務人員可能提供有關我的健康資訊給 DPSS.
DPSS 將使用此資訊來決定我福利的資格.

_____ 我明白因為我簽署了這份表格, DPSS 可能會分享使用或者公佈健康資訊. 如果這樣的情形發生, 我的資訊不再受到聯邦健康資訊隱私法律的保護.

我有機會查閱和瞭解這份表格的內容. 通過在此簽名, 我確認這是如實地反映了我的意願.

病人/合法代表簽名 _____ 正楷書寫姓名 _____ 日期 (月份/日期/年份) _____

證人簽名 _____ 正楷書寫姓名/ 與病人的關係 _____ 日期 (月份/日期/年份) _____

如果你改變主意

你有權利在任何時候改變主意. 在這份表格完整填寫和簽署姓名之後, 如果你要改變主意, 你必須以書面方式讓 DPSS 知道. 你可以做以下的行動:

- 簽署撤銷授權.
- 郵寄或者遞送這份已簽署的表格至以下的地址:

撤銷授權

我在此撤銷以前曾給予的授權. 我明白我的健康照顧醫務人員已經提供給 DPSS 的資訊, DPSS 可以使用和分享此資訊.

病人/合法代表簽名 _____ 正楷書寫姓名 _____ 日期 (月份/日期/年份) _____