

Ngày: \_\_\_\_\_  
Tên Hồ Sơ: \_\_\_\_\_  
Số Hồ Sơ: \_\_\_\_\_  
Tên của Cán Sự: \_\_\_\_\_  
Số ID của Cán Sự: \_\_\_\_\_  
Số Điện Thoại của Cán Sự: \_\_\_\_\_  
Số ID của Khách Hàng: \_\_\_\_\_

**Cho Phép Sử Dụng Và Tiết Lộ  
Các Thông Tin Được Bảo Vệ Về Sức Khỏe**

**MỤC ĐÍCH CỦA MẪU ĐƠN NÀY:** Mẫu đơn này yêu cầu quý vị đồng ý để Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng (DPSS) lấy thông tin về sức khỏe của quý vị. Sở DPSS sẽ sử dụng thông tin này để xác định các phúc lợi của quý vị.

**Nếu quý vị hoàn tất và ký tên vào mẫu đơn này thì có nghĩa là:**

- Quý vị đồng ý rằng bác sĩ hoặc người/nơi chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể chia sẻ thông tin về sức khỏe của quý vị với Sở DPSS.
- Sở DPSS có thể chia sẻ thông tin về quý vị.
- Quý vị có quyền đổi ý bất cứ lúc nào.

**Nếu quý vị quyết định không ký tên vào mẫu đơn này thì:**

- Điều này sẽ không ảnh hưởng gì đến cách xử lý vấn đề chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Điều này có thể ảnh hưởng đến các phúc lợi DPSS của quý vị.

TÊN HỌ TÊN GỌI NGÀY SINH(TT/NGNG/NNNN)

**Tôi cho phép:**

TÊN CỦA CƠ SỞ ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG THÀNH PHỐ TIỂU BANG MÃ SỐ BƯU ĐIỆN

**Được phổ biến thông tin về sức khỏe của tôi cho:**

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

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG THÀNH PHỐ TIỂU BANG MÃ SỐ BƯU ĐIỆN

**Sự cho phép này có hiệu lực đến:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
NGÀY CHẤM DỨT (TT/NGNG/NNNN)

**Những thông tin có thể được phổ biến (xin ngoặc vào mọi thông tin áp dụng cho quý vị):**

- Tình Trạng Tâm Thần, bao gồm:
  - Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị.
  - Ngày bộc phát bất cứ tình trạng tâm thần nào.
  - Quý vị có đang tích cực được điều trị về tình trạng tâm thần hay không.
  - Tình trạng của quý vị được dự đoán sẽ kéo dài bao lâu.
  - Tình trạng của quý vị liệu có ảnh hưởng gì đến việc có thể đi làm được hoặc có thể tham dự được một chương trình huấn nghiệp hay không.

Thông Tin Khác (Xin Nêu Rõ) \_\_\_\_\_

**Quý vị có quyền được nhận một bản sao (copy) của mẫu đơn này. Nếu quý vị ký tên vào mẫu đơn này, quý vị sẽ nhận được một bản sao của mẫu đơn này đã được ký tên.**

**Nếu quý vị từ chối ký tên vào mẫu đơn này thì:**

- Điều này sẽ không ảnh hưởng gì đến việc điều trị do người/nơi chăm sóc sức khỏe của quý vị thi hành.
- Điều này có thể tác động đến việc quý vị có hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi thuộc DPSS hay không.

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu và đồng ý là người/nơi chăm sóc sức khỏe cho tôi có thể cung cấp thông tin về sức khỏe của tôi cho Sở DPSS. Sở DPSS sẽ sử dụng thông tin này để xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi của tôi.

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu rằng Sở DPSS có thể chia sẻ những thông tin đã được sử dụng hoặc phổ biến rồi, do tôi đã ký tên vào mẫu đơn này. Nếu điều này xảy ra, những thông tin về tôi không còn được luật bảo mật thông tin về y tế của liên bang bảo vệ nữa.

Tôi đã có dịp duyệt xét và hiểu rõ nội dung của mẫu đơn này rồi. Khi ký tên vào mẫu 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 (TT/NGNG/NNNN)

\_\_\_\_\_  
CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG      VIẾT TÊN BẰNG CHỮ IN/QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN      NGÀY (TT/NGNG/NNNN)

**NẾU QUÝ VỊ ĐỔI Ý**

**Quý vị có quyền đổi ý vào bất cứ lúc nào.** Sau khi hoàn tất và ký tên vào mẫu đơn này, nếu quý vị đổi ý, quý vị phải báo cho Sở DPSS biết bằng văn thư. Quý vị có thể làm điều này bằng cách:

- Ký tên vào phần Thu Hồi Sự Cho Phép (Revocation of Authorization).
- Sau khi đã ký tên, gửi mẫu đơn này qua đường bưu điện hoặc đem giao tận tay, tại địa chỉ sau đây:

**THU HỒI SỰ CHO PHÉP**

Tôi xin thu hồi nơi đây sự cho phép mà tôi đã chấp thuận trước đây. Tôi hiểu rằng Sở DPSS có thể sử dụng và chia sẻ những thông tin về sức khỏe của tôi mà người/nơi chăm sóc sức khỏe của tôi đã chia sẻ với Sở DPSS rồi.

\_\_\_\_\_  
CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ      VIẾT TÊN BẰNG CHỮ IN      NGÀY(TT/NGNG/NNNN)