

使用或放行資料授權書

致： _____（請在此填寫醫師或服務提供者名稱）

本人在此授權，根據以下表格（本“授權”）之描述，供 ATC 輔助交通公司使用或者向 ATC 輔助交通透露可以識別我的個人身份的健康資料（“受保護健康資料”），用於確定我接受交通服務的資格。

病患姓名： _____ 今日日期 _____

請將所要求的資料發往：

San Francisco Paratransit, 612 Street, San Francisco, CA 94108

請具體描述所使用或者透露的受保護健康資料：

我們的申請人、您的病患記錄在案的殘障，以及這（些）殘障如何影響他/她獨立使用 MUNI 或者灣區捷運(BART)的聯運巴士/火車。

本授權失效之事件：

所要求的資料（見上文）已經經過專業認證，令我們可以確定美國殘障人士法案(ADA)輔助交通使用資格。

本人理解，根據此項授權，我的受保護資料可以再次被透露給所授權此受保護資料的接受者，並且被放行的受保護資料可能不再受到聯邦隱私權法規的保護。本人亦理解，我可以在任何時候，以書面通知撤回此授權，但是如果我這樣做，不會影響您在收到此授權撤銷通知前發生的任何行動。

申請人或者申請人代表簽名

日期

（簽名之前表格必須填寫完整）

如果有代表人，請填寫代表人的正體姓名： _____

與申請人的關係： _____

證人

日期

（此表格可以容易獲得的形式索取以及/或者在提出要求的時候提供其他語言版本。）