

## РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

\_\_\_\_\_ (Укажите имя врача или название  
медицинского учреждения)

Я разрешаю использовать или предоставить информацию о состоянии моего здоровья с указанием моего имени (“Неразглашаемую Медицинскую Информацию”), как указано ниже на этой форме (этом «Разрешении»), в АТС Paratransit, чтобы определить, имею ли я право на получение транспортного обслуживания.

Имя пациента: \_\_\_\_\_ Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, пошлите запрашиваемую информацию по адресу:

**San Francisco Paratransit, 68 12th Street, San Francisco, CA 94103**

Конкретное описание Неразглашаемой Медицинской Информации, которая должна быть использована или предоставлена:

Документированная инвалидность(и) Вашего пациента, подавшего заявление на транспортное обслуживание, и каким образом она(и) может(гут) повлиять на его/её способности независимо пользоваться автобусами Muni или поездами BART, доступными для пассажиров.

Даже после того, как истечёт срок этого Разрешения:

Профессиональное подтверждение запрашиваемой конкретной информации, указанной выше, которая позволит нам принять решение относительно права на получение ADA Paratransit.

Я понимаю, что Неразглашаемая Медицинская Информация относительно моего здоровья может быть повторно предоставлена лицу/организации, получившим на это право в соответствии с этим Разрешением, и что федеральные предписания о конфиденциальности больше не имеют силы по отношению к предоставленной Неразглашаемой Медицинской Информации. Я также понимаю, что я могу отменить это Разрешение в любое время, известив Вас в письменной форме, но если я это сделаю, это не повлияет на какие-либо действия, которые Вы предпримете до того, как Вы получите аннулирование этого Разрешения.

\_\_\_\_\_

Подпись лица, подавшего заявление, или его представителя

\_\_\_\_\_

Дата

*(Форма ДОЛЖНА быть заполнена до её подписания)*

Если это к Вам относится, укажите имя уполномоченного представителя печатными буквами: \_\_\_\_\_

Отношение (родство) к(с) лицу(ом), подавшему(им) заявление: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Свидетель

\_\_\_\_\_

Дата

(Эту форму можно запросить и получить в доступных форматах и/или на различных языках.)