

세계무역센터 자원봉사자 건강보험 이전과 책임에 관한 법 승인서(Health Insurance Portability and Accountability Act Authorization, HIPAA)

_____ 환자 성명 (인크만 사용 - 볼펜, 가능한 경우) _____ 생년월일 (달/일/년도) _____ 사회 보장 번호 _____

_____ 우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

이 승인서는 Workers' Compensation Board와 세계무역센터 보건기구(World Trade Center Health Organization)로 하여금 세계무역센터 자원봉사자인 귀하에게 혜택을 제공할 용도로 귀하의 보호 대상 건강 정보가 포함된 건강 관리 기록 사본을 받도록 허용합니다. 이 양식은 귀하의 의료 제공자가 귀하의 건강 정보를 누구와도 공유하는 것을 허용하지 않습니다.

이 서류에 승인하는 것은 자발적입니다. 귀하의 의료 제공자는 귀하의 이 서류에 대한 서명 여부와 상관없이 동일한 치료, 지불 조건 및 혜택을 귀하에게 제공해야 합니다. 귀하는 이 승인서의 사본을 받을 자격이 있습니다.

이 승인서는 WTC 자원 봉사자인 귀하에 대한 혜택 조정이 완료된 후 만료됩니다.

귀하는 이 승인을 언제든지 서면으로 취소할 수 있지만 승인받은 개인이나 단체가 이미 이 승인에 근거하여 행동한 경우, 취소가 유효하지 않을 수 있습니다. 이 승인을 취소하려면 이 양식에 기재된 의료 제공자에게 편지를 보내십시오. 또한, 해당 편지 사본을 Workers' Compensation Board에 보내십시오.

공개된 정보는 정보를 받는 사람에 의해 재공개될 수 있으며(알코올/약물 치료, HIV/AIDS, 정신 건강 치료 및 심리 치료 기록에 관한 아래 정보는 제외함), HIPAA 개인 정보 보호 규정에 따라 더 이상 보호되지 않습니다.

이 승인서는 아래에 달리 명시하지 않는 한 알코올/약물 치료, HIV/AIDS, 정신 건강 치료 및 심리 치료 기록에 대한 정보의 공개를 허용하지 않습니다. 어떤 정보가 공개될 수 있는지 확인하십시오.

알코올/약물 치료 HIV/AIDS 정신 건강 치료 심리 치료 기록

의료 기록을 공개하는 의료 제공자는 뉴욕주 법과 HIPAA를 준수해야 합니다. 귀하의 제공자는 이 HIPAA 준수 승인서 사본에 의거하여 귀하의 현재 상태에 관한 개인 건강 정보가 포함된 기록을 공개할 수 있으며, 이로써 귀하는 세계무역센터 자원봉사자로서의 혜택을 청구할 수 있습니다.

_____ 의료 제공자 성명 _____ 전화번호 _____

_____ 우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

_____ 다른 의료 제공자 성명(있는 경우) _____ 전화번호 _____

_____ 우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

본인은 위에 기재된 의료 제공자에게 본인의 혜택을 조정할 목적으로 Workers' Compensation Board, 세계무역센터 보건기구 및 9.11 피해자 보상 기금(September 11th Victim Compensation Fund)에 본인의 건강 기록 사본(만)을 공개할 수 있는 권한을 부여합니다.

_____ 환자 서명 _____ 날짜 (달/일/년도) _____

_____ 성명(정자체로 기재) _____

환자가 서명할 수 없는 경우, 환자를 대신하여 서명하는 사람은 아래 항목을 기재하고 서명해야 합니다.

_____ 대리인 성명 _____ 서명 _____ 환자와의 관계 _____ 날짜 (달/일/년도) _____