



# AUTORISATION HIPAA RELATIVE AU WTC

## Autorisation relative à la loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie pour les bénévoles de World Trade Center

Nom du (de la) patient(e) \_\_\_\_\_ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_  
*(à l'encre uniquement – stylo à bille, si possible)*

Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Ce formulaire d'autorisation permet à la Commission des accidents du travail et à l'Organisation de la santé du World Trade Center (World Trade Center Health Organization) de recevoir des copies des dossiers de soins de santé contenant vos renseignements médicaux protégés dans le but de coordonner les prestations pour vous, bénévole du World Trade Center. Ce formulaire n'autorise pas vos prestataires de soins de santé à discuter de vos renseignements médicaux avec qui que ce soit.

Cette autorisation se fait sur base volontaire. Vos prestataires de soins de santé doivent vous donner les mêmes soins, conditions de paiement et avantages, que vous signiez ou non ce formulaire. Vous avez le droit de recevoir une copie de cette autorisation.

Cette autorisation expire une fois que la coordination des prestations pour vous, bénévole du WTC, est terminée.

Vous avez le droit de révoquer cette autorisation par écrit à tout moment, mais une révocation peut ne pas être effective si la personne ou l'entité autorisée a déjà agi sur la base de cette autorisation. Pour révoquer cette autorisation, envoyez une lettre aux prestataires de soins de santé figurant sur ce formulaire. Envoyez également une copie de cette lettre à la Commission des accidents du travail.

Les renseignements divulgués peuvent faire l'objet d'une nouvelle divulgation par ceux qui les reçoivent (à l'exception des renseignements ci-dessous concernant le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, le VIH/sida, le traitement de la santé mentale et les notes de psychothérapie) et ne plus être protégés par la règle de confidentialité de l'HIPAA.

Ce formulaire d'autorisation ne permet pas la divulgation d'informations sur le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, le VIH/sida, le traitement de la santé mentale et les notes de psychothérapie, sauf si vous indiquez le contraire ci-dessous. Cochez les informations qui peuvent être divulguées :

- Traitement de l'alcoolisme/de la toxicomanie
- VIH/sida
- Traitement de la santé mentale
- Notes de psychothérapie

Les prestataires de soins de santé qui divulguent des dossiers médicaux doivent respecter la loi de l'État de New York et l'HIPAA. Une copie de cette autorisation conforme à l'HIPAA permet à votre prestataire de divulguer des dossiers contenant des renseignements médicaux personnels relatifs à votre état actuel, qui fait l'objet de votre demande de prestations en tant que bénévole du World Trade Center.

Nom du prestataire de soins de santé \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom de tout autre prestataire de soins de santé (le cas échéant) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise les prestataires de soins de santé susmentionnés à communiquer des copies de mon dossier médical (uniquement) à la Commission des accidents du travail, à l'Organisation de la santé du World Trade Center et au Fonds d'indemnisation des victimes du 11 septembre dans le but de coordonner les prestations qui me sont destinées.

Signature du (de la) patient \_\_\_\_\_ Date (MM/JJ/AAAA) \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_

Si le (la) patient(e) est incapable de signer, la personne qui signe en son nom doit remplir et signer ci-dessous :

Votre nom \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Relation avec le (la) patient(e) \_\_\_\_\_ Date (MM/JJ/AAAA) \_\_\_\_\_