ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ КАСАЮЩЕЙСЯ ШТРАФОВ ЗА ВОЖДЕНИЕ В НЕТРЕЗВОМ ВИДЕ

СИСТЕМА РЕГИСТРАЦИИ ВОДИТЕЛЕЙ В НЕТРЕЗВОМ СОСТОЯНИИ (IDS)

Номер дела физического лица или ссылка на файл:	
Вид организации	☐ Представитель программы для нетрезвых водителей (DDP)
☐ Суд	☐ Уполномоченный представитель Управления по алкогольной и наркотической зависимости (OASAS)
☐ Департамент транспортных средств (DMV)	☐ Водитель

Фамилия	**Имя**	**Средний инициал**

Идентификационный номер клиента в DMV (Номер водительского удостоверения):

Название и адрес направившей организации

ИНСТРУКЦИИ: **1) ПОЛНАЯ КОПИЯ ДАННОЙ ФОРМЫ ВЫДАЕТСЯ ФИЗИЧЕСКОМУ ЛИЦУ; А ТАКЖЕ**
2) ПОЛНАЯ КОПИЯ ДАННОЙ ФОРМЫ ПРИЛАГАЕТСЯ К МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

Я, нижеподписавшийся, настоящим даю **РАЗРЕШЕНИЕ** на обмен информацией между вышеназванной **Организацией** и следующими учреждениями:

- Мой уполномоченный представитель Управления по алкогольной и наркотической зависимости (OASAS): _____ ;
  (Впишите имя представителя, если оно неизвестно, укажите «Будет определено»)
- Моя программа для нетрезвых водителей (**DDP**): _____ ;
  (Впишите название программы, если оно неизвестно, укажите «Будет определено»)
- Управлением по алкогольной и наркотической зависимости штата Нью-Йорк (**OASAS**), Департамент транспортных средств штата Нью-Йорк (**DMV**), Управление судебного аппарата штата Нью-Йорк (**OCA**) и Отделение услуг в сфере уголовной юстиции штата Нью-Йорк (**DCJS**) (DCJS будет получать обезличенную информацию только для исследовательских целей);

с целью **РАСКРЫТИЯ** любых текущих и/или прошлых данных, касающихся моих нарушений правил вождения, включая судимости, связанные с нарушением правил вождения и другими нарушениями правил дорожного движения, указанных в моем водительском деле, а также следующих данных:
Водитель: идентификационный номер клиента в DMV, первые две буквы текущей фамилии и фамилии, полученной при рождении, пол, дата рождения и последние четыре цифры номера социального обеспечения.
Нарушение: дата нарушения, название суда, название нарушения, первые две буквы текущей фамилии, уровень образования, отметка об отказе от сдачи анализов и свидетельство об отказе в государственной лицензии, если имеются.
Проверка: имя представителя/название программы, дата проверки, полученная характеристика, если имеется, указание метода проведения проверки.
Оценка: кто проводил проверку, имя представителя/название программы, даты начала и окончания проверки, полученная оценка.
Лечение: имя представителя/название программы, дата приема, дата выписки, количество процедур и степень освобождения от зависимости.
Программа для нетрезвых водителей: название программы, дата начала и окончания, полученная характеристика, если имеется, форма посещения программы.

Такое **РАСКРЫТИЕ** осуществляется для того, чтобы создать перечисленным выше организациям условия для обмена указанными данными с целью сбора, отслеживания и мониторинга деятельности поставщиков услуг и программ. Объем конкретных данных, предоставляемых каждой организации, будет ограничен до минимума, который необходим для выполнения служебных обязанностей, связанных с моим нарушением правил вождения в соответствии с Законом о транспортных средствах и правилах дорожного движения штата Нью-Йорк (VTL).

Я, нижеподписавшийся, прочитал(-а) написанное выше и даю разрешение сотрудникам указанных организаций раскрывать, получать и обмениваться перечисленной здесь информацией. Я также понимаю, что, если не указано иное, этот документ разрешает использование данных для научных исследований и мероприятий по обеспечению качества OASAS, OCA, DCJS и DMV, и для этих целей будет оставаться в силе, и не может быть мною отозван в течение десяти (10) лет, что является сроком хранения данных в штате Нью-Йорк согласно Закону о транспортных средствах и правилах дорожного движения §201(1)(i), а также положения о вождении в нетрезвом состоянии в штате Нью-Йорк, пункт 1192 того же закона.

Я понимаю, что раскрытие моей личной информации Департаментом транспортных средств контролируется Федеральным законом о конфиденциальности информации о водителях, Сводом законов США, статья 18, пункт 2721, и моя подпись на данном документе дает разрешение Департаменту транспортных средств раскрывать мою личную информацию, перечисленным выше организациям.

Я также понимаю, что раскрытие/передача любой личной информации, определяется разделом 42, часть 2 Свода федеральных правил, кроме того, конфиденциальность записей пациентов о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, регулируется Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 года (HIPAA), и статьей 45 Свода федеральных правил, части 160 и 164; и что повторное раскрытие этой информации другим лицам, кроме указанных выше, без дополнительного письменного разрешения с моей стороны, запрещено законом.

ПРИМЕЧАНИЕ. К любой информации, раскрытой согласно данному документу, ОБЯЗАНА прилагаться форма Запрета на повторное раскрытие информации о лечении пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью (TRS-1)

Я понимаю, что подписание формы согласия не может повлиять на участие в программе и на мое лечение в целом, но в определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении и/или возможности участвовать в программе, если я не подпишу данную форму согласия. Я получил(а) копию данной формы, что подтверждает моя подпись в конце документа.

_____ _____
(Имя и фамилия печатными буквами) (Подпись)

_____ _____
(Дата подписания) (Подпись родителей или опекуна, если применимо)