

UPOWAŻNIENIE DOT. PRZEKAZU INFORMACJI

JD-CL-46 Rev. 1-24
C.G.S. §§ 10-154a, 17a-693, 17a-694,31-128f, 52-146b do 52-146e

(Patrz Instrukcje oraz „Powiadomienie dla osoby otrzymującej informacje” na odwrocie/str. 2)

STAN CONNECTICUT
SĄD PIERWSZEJ INSTANCJI
www.jud.ct.gov



1.	Od (pełne imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę na udostępnienie informacji bądź proszącej o informacje)	Informacje są potrzebne do (Data)
	Adres	
2.	Wyrażam zgodę, aby Oddział Sądowy <input type="checkbox"/> OTRZYMAŁ informacje zaznaczone w części 4 od: → (Wypełnij pola przeznaczone na imię i nazwisko oraz adres) <input type="checkbox"/> PODAŁ informacje zaznaczone w części 4 od: → (Wypełnij pola przeznaczone na imię i nazwisko oraz adres)	Imię i nazwisko _____ Adres _____ _____

3. Informacje dotyczące:

Imię i nazwisko (pełne imię i nazwisko osoby której dotyczy dokumentacja)	Data urodzenia	<input type="checkbox"/> (Zaznacz pole jeżeli upoważnienie dotyczy informacji na temat małoletniego dziecka)
---	----------------	--

4. Rodzaj informacji:

Instrukcje: Informuje się osobę wypełniającą niniejsze upoważnienie, że niniejszy formularz nie może być wykorzystany do przekazania jednocześnie notatek dot. psychoterapii jak i innych rodzajów informacji medycznych. Jeżeli formularz wykorzystany jest do przekazania notatek dot. psychoterapii, inne informacje medyczne muszą być umieszczone na oddzielnym formularzu. Upoważnienia do przekazania poufnych informacji medycznych (takich jak HIV/AIDS czy nadużywanie substancji) powinny być parafowane przez osobę ubiegającą się o nie. (Zaznacz wszystko co dotyczy):

Całociowa dokumentacja medyczna

Jedynie informacje dotyczące (konkretnej diagnozy, obrażenia, operacji, itd.)

Jedynie okres zdarzeń od _____ do _____

Dokumentacja rozliczeniowa

JEDYNI* notatki dot. psychoterapii (zaznaczając to pole zrzekam się przywileju tajemnicy pomiędzy psychoterapeutą i pacjentem)

Odpis wyników szkolnych

Inne: _____

Wyrażam zgodę na przekazanie poniższych poufnych informacji z mojej dokumentacji medycznej. (Parafuj wszystko co dotyczy)

_____ Nadużywanie substancji (alkohol/narkotyki)

_____ Poufne informacje dot. HIV/AIDS

_____ Zdrowie psychiczne (inne niż notatki dot. psychoterapii)

_____ Choroby przenoszone drogą płciową

_____ Testy genetyczne

*Notatki dot. psychoterapii oznaczają notatki zapisane (w jakiegokolwiek postaci i przy użyciu jakiegokolwiek środka) przez osobę świadczącą usługi zdrowia psychicznego dokumentującą lub analizującą treść konwersacji podczas prywatnej sesji terapeutycznej bądź grupowej, łączonej, lub rodzinnej sesji terapeutycznej i oddzielnie od pozostałej dokumentacji zdrowotnej danej osoby.

5. Cel upoważnienia jeżeli uprawnia ono Oddział Sądowy do otrzymania informacji:

Prośba ta złożona jest na prośbę wymienionej osoby do celów związanych ze sprawą wymienioną w tej części, które to cele mogą zawierać, ale nie być ograniczone jedynie do, dochodzenia bądź ewaluacji nakazanej przez sąd, sprawowania nadzoru i mediacji, bądź przeprowadzenia negocjacji.

Sąd	_____ w (miejsceowość)	Sygnatura akt
<input type="checkbox"/> Okręg Sądowy	<input type="checkbox"/> Numer Obszaru Geograficznego _____	<input type="checkbox"/> Sprawy Nietetych

Jeżeli nadzór, zaznacz rodzaj i okres trwania

6. Jeżeli formularz upoważnienia Oddział Sądowy do otrzymania informacji, prześlij go do:

Wydział Oddziału Sądowego	Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o informacje	Numer telefonu
Adres biura bądź sądu do korespondencji		

7. Cel upoważnienia jeżeli uprawnia ono Oddział Sądowy do podania informacji: (specyzyj)

8. Oświadczenie o upoważnieniu (patrz wyjaśnienie na stronie 2)

Daję pozwolenie ww. osobie, bądź instytucji, na przekazanie wyżej wymienionemu adresatowi kopii informacji o których mowa w Częściach 3 oraz 4 niniejszego formularza. Daję również pozwolenie adresatowi na udostępnienie informacji, otrzymanych dzięki temu lub dodatkowemu upoważnieniu wymaganemu przez osobę lub instytucję wymienioną w części 2, do wglądu, włączając w to wszystkie poufne informacje wymienione w części 4, Sądowi, stronom w sprawie, prawnikom związanym ze sprawą, i każdemu wyznaczonemu Kuratorowi Dziecka (Guardian Ad Litem). Z kolei adresaci Ci nie mogą dalej przekazać tych informacji, z wyjątkiem niepoufnych informacji zdrowotnych, które mogą zostać udostępnione do celów procesu oraz przygotowań do procesu związanego z tą sprawą. Przeczytałem(-am) ten formularz/ lub przeczytano mi go i rozumiem cel zgody na udostępnienie informacji. Rozumiem, że podpisanie zgody jest dobrowolne. Moje leczenie, opłaty, posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego, czy moje świadczenia nie będą uzależnione od mojej zgody na ujawnienie tych informacji. Rozumiem, że mam prawo do sprawdzenia lub zrobienia kopii informacji które będą wykorzystane lub udostępnione (z wyjątkiem notatek dot. psychoterapii). Rozumiem, że wedle stosownego prawa, informacje udostępnione dzięki temu pozwoleniu, mogą zostać dalej udostępnione przez ich adresata, tym samym nie być chronionymi przez federalne prawo o prywatności. Rozumiem, że mogę wycofać to pozwolenie, na piśmie, w którymkolwiek momencie poprzez wysłanie pisemnego powiadomienia do ww. osoby lub instytucji, z wyjątkiem zakresu działania które zostało podjęte w oparciu o nie; albo z wyjątkiem ujawnienia informacji osobom w ramach systemu sprawiedliwości które to osoby uczyniły moje uczestnictwo w programie albo usługach świadczonych przez osobę bądź instytucję wymienioną powyżej warunkiem (1) rozporządzenia kryminalnego postępowania przeciwko mnie (2) mojego zwolnienia lub (3) mojego nadzoru. Moje pozwolenie, chyba że zostało wcześniej wycofane, automatycznie traci ważność w poniżej wymienionym dniu. Ponadto, jeżeli te informacje są udostępnione do celów sporządzenia życiorysu przedwyrokowego (PSI) lub oceny dot. alternatywy dla więzienia, udzielam pozwolenia, aby Oddział Sądowy udostępnił informacje w częściach 3 i 4 wszystkim adresatom otrzymującym raporty dot. PSI lub oceny dot. alternatywy dla więzienia, zgodnie z § 54-91a Kodeksu Ogólnego oraz §§ 43-7 and 43-9 Regulaminu Postępowania Sądowego.

Podaj datę, wydarzenie lub warunek w którym wygasa Twoje pozwolenie, który nie może przypadać później niż termin ostatecznego rozporządzenia w Twojej sprawie

Podpis lub osoba dająca pozwolenie (jeżeli niepełnoletnia, podpis rodzica lub opiekuna prawnego, chyba że ma zastosowanie Paragraf 19a-592 Kodeksu Ogólnego Connecticut)	Data złożenia podpisu	Podpis świadka
--	-----------------------	----------------

Jeżeli podpis został złożony przez prawnego przedstawiciela, zaznacz rodzaj związku z osobą której dotyczy dokumentacja i załącz pisemny dowód swojego upoważnienia. (rodzice nie muszą przedstawiać dokumentacji):

Rodzic Opiekun prawny Kurator Wykonawca testamentu Pełnomocnik

DYSTRYBUCJA: ORYGINAŁ - Strona posiadająca infor. o które została złożona prośba **KOPIA 1** - Biuro C.S.S.D. lub akta sądowe **KOPIA 2** - osoba udzielająca upoważnienie

Instrukcje dla pracowników Oddziału Sądowego składających prośbę o pozwolenie na otrzymanie informacji

1. Wypełnij części 1, 3, 4, 5 oraz 6.
2. W części 2, wybierz pole informacyjne „GET” (Otrzymać) i wprowadź nazwę oraz adres szpitala, szkoły, lekarza, przychodni, laboratorium, apteki, ubezpieczyciela lub innego świadczeniodawcy usług medycznych, który posiada te informacje.
3. Poproś osobę o której informacje się ubiega, aby wypełniła część 8 oraz podpisała formularz w obecności świadka.
4. Przekaż kopię formularza osobie wydającej pozwolenie.

Powiadomienie dla osoby otrzymującej informacje

Prawo federalne jak i stanowe zabrania dalszego ujawniania jakichkolwiek informacji dotyczących nadużywania alkoholu oraz/lub narkotyków (42 CFR Część 2), dokumentacji edukacyjnej dotyczącej osoby nieletniej i pozyskanej na podstawie 34 CFR Część 99 (Ustawa o Rodzinnych Prawach Edukacyjnych i Prawach do Prywatności (FERPA)), informacji dot. HIV (Rozdział 368x Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut), informacji psychiatrycznych lub innych dotyczących zdrowia psychicznego (Rozdział 899 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut), bez pisemnego upoważnienia. Jeżeli ujawnienie zawiera informacje dot. HIV, nadużywania alkoholu lub narkotyków, obowiązuje poniższa uwaga:

Informacje te zostały Tobie ujawnione z dokumentacji chronionej federalnymi regulacjami o prywatności (42 CFR Cz. 2) lub prawem stanowym. Przepisy federalne lub prawo stanowe zabrania Ci dalszego ujawniania tych informacji, chyba że dalsze ujawnienie jest jasno dozwolone w formie zgody pisemnej osoby której informacje te dotyczą lub jest dozwolone wspomnianym prawem. Ogólne pozwolenie na ujawnienie informacji medycznych, lub innych, NIE jest wystarczające do tego celu. Prawo federalne ogranicza jakiekolwiek wykorzystanie informacji do celów dochodzenia kryminalnego bądź ścigania na drodze sądowej pacjenta z problemem alkoholowym lub narkotykowym.

Wyjaśnienie oświadczenia dot. upoważnienia

Jeżeli złożysz podpis w części 8 niniejszego formularza:

- Wyrażasz zgodę na przekazanie tych informacji. Jeżeli są one przeznaczone do wykorzystania w sprawie sądowej, informacje te, włączając w to poufne informacje w części 4, mogą być przejrane przez Sąd, strony w sprawie, prawników związanych ze sprawą, i przez każdego wyznaczonego Kuratora Dziecka (Guardian Ad Litem). Oni zaś nie mogą przekazać tych informacji komukolwiek innemu. Mogą jedynie podać niepełne informacje zdrowotne do potrzeb procesu bądź przygotowania do procesu związanego z tą sprawą.
- Stwierdzasz, że przeczytałeś(-aś) ten formularz lub przeczytano Ci go i, że jego rozumiesz. Rozumiesz, że podpisanie tego formularza jest Twoją decyzją.
- Rozumiesz, że z wyjątkiem notatek dot. psychoterapii, możesz przejrzeć, lub poprosić o kopie tych informacji.
- Rozumiesz, że informacje przekazane za pomocą tego pozwolenia nie są chronione federalnymi prawami dotyczącymi prywatności.
- Rozumiesz, że możesz wycofać swoją zgodę w którymkolwiek momencie, pisząc do osób lub miejsc w części 2 tego formularza. Nie możesz jednak wycofać zgody w przypadku gdy informacje te zostały już przez upoważnione osoby w jakiś sposób wykorzystane, lub jeżeli informacje te zostały udostępnione osobom w systemie sprawiedliwości, które to osoby uczyniły Twoje uczestnictwo w programie lub usłudze oferowanej przez osobę lub miejsce w części 2, warunkiem (1) rozporządzenia w Twojej sprawie (2) Twojego zwolnienia (3) Twojego nadzoru sądowego.
- Twoje pozwolenie wygasa z datą którą wyszczególnisz na formularzu w polu znajdującym się pod Zgodą, chyba że wycofasz je wcześniej.

Jeżeli nie podpiszesz tego formularza, Twoje świadczenia zdrowotne ani jakakolwiek opieka zdrowotna nie mogą zostać Ci odebrane.