



1.	Od (Pełne imię i nazwisko osoby dającej pozwolenie na podanie informacji, bądź ubiegającej się o informację)	Informacje są potrzebne przed (Data)
	Adres	
2.	Wyrażam zgodę aby Oddział Sądowy <input type="checkbox"/> OTRZYMAŁ informacje zaznaczone w sekcji 4 od: (Wypełnij pola przeznaczone na imię i nazwisko oraz adres) → <input type="checkbox"/> PODAŁ informacje zaznaczone w sekcji 4: (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 kwadracik jeżeli upoważnienie dotyczy informacji na temat małoletniego dziecka)
---	----------------	---

4. Rodzaj Informacji:

Instrukcje: Formularz ten 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. Upoważnienie do przekazania poufnych informacji medycznych (takich jak HIV/AIDS czy nadużywanie substancji) powinno być oznaczone inicjałami osoby ubiegającej się o nie. (Zaznacz „X” wszystko co się dotyczy.)

<input type="checkbox"/> Całościowa Dokumentacja Medyczna	<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przekazane poniższych poufnych informacji z mojej dokumentacji medycznej. (Zaznacz inicjałami wszystko co się dotyczy)
<input type="checkbox"/> Jedynie informacje dotyczące (konkretnej diagnozy, obrażenia, operacji, itd.)	<input type="checkbox"/> Nadużywanie Substancji (Alkohol/Narkotyki)
<input type="checkbox"/> Jedynie okres zdarzeń od [] do []	<input type="checkbox"/> Poufne Informacje Dotyczące HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> Dokumentacja Rozliczeniowa	<input type="checkbox"/> Zdrowie Psychiczne (Inne niż notatki dot. psychoterapii)
<input type="checkbox"/> JEDYNI* Notatki dot. Psychoterapii (zaznaczając to pole zrzekam się przywileju tajemnicy pomiędzy psychoterapeutą i pacjentem)	<input type="checkbox"/> Choroby Przenoszone Droga Płciową
<input type="checkbox"/> Odpis Wyników Szkolnych	<input type="checkbox"/> Testy Genetyczne
<input type="checkbox"/> Inne: []	

* NOTATKI DOT. PSYCHOTERAPII oznaczają notatki zapisane (w jakiegokolwiek formie 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 oddzielne od pozostałej dokumentacji zdrowotnej danej osoby.

5. Cel Upoważnienia gdy 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 (Mieście)	Numer Sprawy na Wokandzie
<input type="checkbox"/> Okręgowy <input type="checkbox"/> Obszar Geograficzny Numer [] <input type="checkbox"/> Sprawy Nietelnych	[]	[]

Jeżeli nadzór, zaznacz rodzaj i okres trwania

6. Jeżeli formularz Upoważnia Oddział Sądowy do Otrzymania Informacji, proszę prześlij go do:

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

7. Cel Upoważnienia gdy Uprawnia Ono Oddział Sądowy do Podania Informacji: (Określ szczegółowo)

8. Oświadczenie o Upoważnieniu (Zobacz wyjaśnienie na stronie 2)

Daję pozwolenie wyżej wymienionej osobie, bądź instytucji, na przekazanie wyżej wymienionemu Adresatowi kopii informacji o których mowa w Sekcji 3 oraz 4 tego formularza. Daję również pozwolenie Adresatowi na udostępnienie informacji, otrzymanych dzięki temu lub dodatkowo upoważnieniu wymaganemu przez osobę lub instytucję wymienioną w Sekcji 2, do wglądu, włączając w to wszystkie poufne informacje wymienione w Sekcji 4, Sądowi, stronom w sprawie, prawnikom związanym ze sprawą, i każdemu wyznaczonemu Kuratorowi Procesowemu Nietelnie (Guardian Ad Litem). Z kolei adresaci Ci nie mogą dalej przekazać tych informacji, z wyjątkiem nie poufnych informacji zdrowotnych które to mogą zostać udostępnione do celów procesu oraz przygotowań do procesu związanego z tą sprawą. Przeczytałem ten formularz/ lub przeczytano mi go i rozumiem cel zgody na udostępnienie informacji. Rozumiem, że podpisanie zgody jest dobrowolne. Moje leczenie, opłat, 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 psychoterapeutycznych).

Rozumiem, że wedle stosownego prawa, informacje udostępnione dzięki temu pozwoleniu, mogą zostać dalej udostępnione przez ich Adresata, i 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 wyżej wymienionej 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.

Podaj datę, wydarzenie lub warunek kończący Twoje pozwolenie, nie później niż ostateczne rozporządzenie w Twojej sprawie.

Podpis lub osoba dająca pozwolenie (Jeżeli niepełnoletnia, podpis rodzica lub opiekuna, chyba, że ma zastosowanie Paragraf 19a-592 Kodeksu Generalnego Connecticutu)	Data Podpisu	Podpis Świadka
[]	[]	[]

Jeżeli podpis został złożony przez przedstawiciela prawnego, zaznacz rodzaj związku z osobą której dotyczy dokumentacja i załącz pisemny dowód swojego upoważnienia (Rodzice nie muszą przedstawiać dokumentacji): Rodzic Opiekun Kurator Egzekutor Testamentu Pełnomocnik

Instrukcje dla Pracowników Oddziału Sądowego Składających Prośbę o Pozwolenie na Otrzymanie Informacji

1. Wypełnij sekcję 1, 3, 4, 5 oraz 6.
2. W części 2 zaznacz pole „OTRZYMAĆ” informacje oraz wpisz nazwę oraz adres szpitala, szkoły, lekarza, kliniki, laboratorium, apteki, ubezpieczyciela lub innej osoby świadczącej usługi medyczne która posiada te informacje.
3. Poproś osobę o której informacje się ubiega aby wypełniła sekcję 8 oraz podpisała formularz w obecności świadka.
4. Przekaż kopię formularza osobie wydającej pozwolenie.

Instrukcje dla Osobz proszącej Oddział Sądowy o Informacje

1. Wypełnij sekcję 1.
2. W sekcji 2 zaznacz pole „PODAĆ” informacje oraz wpisz imię, nazwisko oraz adres pod który informacje mają zostać przesłane.
3. Wypełnij sekcję 3, 4 oraz 7.
4. Poproś osobę o której informacje się ubiega aby wypełniła sekcję 8 oraz podpisała formularz w obecności świadka.
5. Jedną kopię zatrzymaj do własnej dokumentacji.

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 dotyczących HIV (Rozdział 368x Kodeksu Generalnego Stanu Connecticut), informacji psychiatrycznych lub innych dotyczących zdrowia psychicznego (Rozdział 899 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut), bez pisemnego upoważnienia. Poniższe zawiadomienie dotyczy pozwolenia na ujawnienie które zawiera informacje odnoszące się do HIV, nadużywania alkoholu lub narkotyków, :

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 jakiegokolwiek wykorzystanie informacji do celów dochodzenia kryminalnego bądź zaskarżenia pacjenta z problemem alkoholowym lub narkotykowym.

Wyjaśnienie Upoważnienia

Jeżeli złożyłś podpis w sekcji 8 tego formularza:

- Wyrażasz zgodę na przekazanie tych informacji. Jeżeli są one przeznaczone do wykorzystania w sprawie sądowej, informacje te, włączając w to poufne informacje zaznaczone w sekcji 4, mogą być przejrzane przez Sąd, strony w sprawie, prawników związanych ze sprawą, i przez każdego wyznaczonego Kuratora Sądowego Nieletnich (Guardian Ad Litem). Oni zaś nie mogą przekazać tych informacji komukolwiek innemu. Mogą jedynie podać nie poufne informacje zdrowotne do potrzeb procesu bądź przygotowania do procesu związanego z tą sprawą.
- Stwierdzasz, że przeczytałeś 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 mogą nie być chronione federalnymi prawem dotyczącymi prywatności.
- Rozumiesz, że możesz wycofać swoją zgodę w którymkolwiek momencie, pisząc do ludzi lub miejsc w Sekcji 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 Sekcji 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.

POWIADOMIENIE O ADA

Oddział Sądowy Stanu Connecticut działa zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych (ADA). Jeżeli potrzebujesz racjonalnych udogodnień, w ramach ustawy ADA, skontaktuj się z pracownikiem Oddziału Sądowego, lub osobą na liście kontaktów ds. ADA na stronie www.jud.ct.gov/ADA/.