



Номер дела WCB (если известен): \_\_\_\_\_

**Для заявителя:** Заполните эту форму, если вы получили лечение для предыдущей травмы той же части тела или для заболевания, аналогичного описанному в вашей текущей заявке. Эта форма разрешает вашему поставщику медицинских услуг, указанному ниже, предоставить медицинскую информацию о вашей предыдущей травме/заболевании страховщику по компенсациям работникам вашего работодателя. Согласно федеральному Закону о передаче данных и отчетности в системе медицинского страхования (HIPAA) от 1996 года вы имеете право на получение копии данной формы. Если вы не понимаете, что написано в этой форме, обратитесь к своему законному представителю. Если у вас нет законного представителя, вам может помочь советник по защите прав травмированных работников (Advocate for Injured Workers), работающий в Совете по компенсациям работникам. Телефон: 800-580-6665.

**Для поставщика медицинских услуг:** Копия этого разрешения в соответствии с законом HIPAA разрешает вам раскрывать медицинскую информацию. Если вы в соответствии с этим разрешением отправляете записи страховщику по компенсациям работникам, представляющему работодателя, отправьте копии этих записей также законному представителю заявителя. (Если ниже не указан законный представитель, отправьте копии заявителю.) Поставщики медицинских услуг, предоставляющие записи, обязаны соблюдать требования законодательства штата Нью-Йорк и закона HIPAA.

Это разрешение:

- **Добровольное.** Ваш поставщик медицинских услуг обязан предоставлять вам такие же услуги, условия оплаты и льготы независимо от того, подписали вы эту форму или нет.
- **Ограниченное.** В соответствии с этим разрешением поставщик медицинских услуг может предоставлять только медицинские записи, относящиеся к предыдущей травме/болезни, описанной вами ниже.
- **Временное.** Действие этого разрешения заканчивается, когда текущая заявка на компенсацию удовлетворена или отклонена и истек срок всех апелляций.
- **Отзываемое.** Вы можете отозвать это разрешение в любой момент. Чтобы отозвать разрешение, отправьте письмо поставщику медицинских услуг, указанному в данной форме. Также отправьте копию вашего письма страховщику по компенсациям работникам вашего работодателя и в Совет по компенсациям работникам (WCB). Примечание. Вы не можете отозвать это разрешение в отношении медицинских записей, которые уже предоставлены.
- **Распространяется только на записи.** Эта форма разрешает вашему поставщику медицинских услуг, указанному в этой форме, отправлять копии ваших медицинских записей страховщику по компенсациям работникам вашего работодателя.

Эта форма НЕ РАЗРЕШАЕТ вашему поставщику медицинских услуг раскрывать следующую информацию:

- **информацию относительно ВИЧ;**
- **заметки о психотерапии;**
- **информацию о лечении алкогольной/наркотической зависимости;**
- **информацию о психиатрическом лечении** (если вы не поставили отметку ниже);
- **вербальную информацию** (ваш поставщик медицинских услуг не имеет права ни с кем обсуждать вашу медицинскую информацию).

Все предоставленные медицинские записи включаются в ваше досье о компенсации и в соответствии с Законом о компенсации работникам считаются конфиденциальной информацией.

**A. СВЕДЕНИЯ О ВАС (заявителе)**

- Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ 2. Номер социального страхования: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- Почтовый адрес: \_\_\_\_\_
- Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. Дата наступления текущей травмы/заболевания: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Текущая травма/заболевание, укажите все травмированные части тела: \_\_\_\_\_
- Имя и адрес вашего законного представителя (если применимо): \_\_\_\_\_

*Поставьте здесь отметку, если вы разрешаете поставщику медицинских услуг предоставлять информацию о психиатрическом лечении.*

**B. ВАШИ ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

(Укажите всех поставщиков медицинских услуг, у которых вы получали лечение для предыдущей травмы той же части тела или для аналогичного заболевания. Если нужно указать более двух поставщиков, приложите дополнительный лист с их контактной информацией.)

- Поставщик: \_\_\_\_\_ 2. Номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Почтовый адрес: \_\_\_\_\_
- Другой поставщик (если применимо): \_\_\_\_\_ 5. Номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

**C. ПРОЧИТАЙТЕ ЭТОТ ТЕКСТ И ПОСТАВЬТЕ СВОЮ ПОДПИСЬ.**

Я настоящим прошу поставщиков медицинских услуг, перечисленных выше, предоставить страховщику по компенсациям работникам моего работодателя копии всех медицинских записей, относящихся к предыдущим травмам всех частей тела, указанных выше, или аналогичным заболеваниям.

Подпись заявителя (только ручкой, по возможности синей шариковой ручкой) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Если заявитель не может поставить свою подпись, лицо, подписывающее документ от его имени, должно заполнить следующие поля и поставить свою подпись:

Ваши имя и фамилия \_\_\_\_\_ Степень родства с заявителем \_\_\_\_\_ Подпись (только ручкой, по возможности синей шариковой ручкой) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_