



## Autorisation de communiquer des renseignements

Nous nous engageons à protéger vos renseignements personnels.  
Veuillez lire attentivement ce formulaire.

### Quels bureaux devraient vous aider ?

<input checked="" type="checkbox"/> Bureau des services de soins du Maine	<input type="checkbox"/> Bureau de la santé comportementale
<input checked="" type="checkbox"/> Bureau de l'indépendance de la famille et équipe d'examen médical	<input type="checkbox"/> Bureau des services à l'enfance et à la famille
<input checked="" type="checkbox"/> Centre de contrôle et de prévention des maladies du Maine	<input type="checkbox"/> Bureau des services de vieillissement et d'invalidité
<input type="checkbox"/> Dorothea Dix Psychiatric Center	<input type="checkbox"/> Bureau des audiences administratives
<input type="checkbox"/> Riverview Psychiatric Center	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Division de l'agrément et de la certification	<input type="checkbox"/> Autre :

### Quels renseignements seront divulgués ? Veuillez imprimer clairement.

Nom		Date de naissance	
Adresse du domicile		Ville/Région	État Zip
Téléphone			
Adresse e-mail			

### Voulez-vous que nous vous envoyions un email ?

L'utilisation de l'e-mail comporte des risques. Bien que des mesures de sécurité soient en place, le bureau qui partage l'information ne peut pas toujours contrôler ces risques. Il est possible des renseignements envoyés par e-mail puissent être lus par un tiers.

En paraphant, je donne la permission de m'envoyer un e-mail, et j'accepte les risques associés à l'utilisation de l'e-mail.

**PARAPHER ICI**

### À qui pouvons-nous parler ?

J'autorise les bureaux énumérés ci-dessus à partager des renseignements à mon sujet entre eux et à partager mes renseignements avec les personnes énumérées ci-dessous. Nous pouvons discuter de cette information électroniquement et verbalement.

- *Change Health Care*, l'entreprise qui paie les médicaments ; *Medical Care Development*, l'entreprise qui émet le paiement de l'aide financière ; *Centres de services Medicare et Medicaid*

• Ma pharmacie : \_\_\_\_\_

• Ma compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

• Bureau de mon médecin ou de mon fournisseur de soins de santé : \_\_\_\_\_

• Mon organisme de gestion de cas : \_\_\_\_\_

• Mon ami ou un membre de ma famille : (Optionnel. Veuillez fournir les renseignements ci-dessous.)

Nom	Téléphone	E-mail
-----	-----------	--------

### Quel est le but de la divulgation ?

<input type="checkbox"/> Demande personnelle	<input checked="" type="checkbox"/> Coordonner ou gérer les soins
<input type="checkbox"/> Pour une question juridique, y compris le témoignage	<input checked="" type="checkbox"/> Pour voir si je suis admissible à une couverture d'assurance, à une assurance ou à des prestations
<input type="checkbox"/> Autre :	

**Quels renseignements devraient être divulgués ou obtenus ?** Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

<p><b><u>Permission générale :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Tous les renseignements sur la santé provenant des bureaux vérifiés ci-dessus</p> <p><input type="checkbox"/> Données sur les réclamations ou les rencontres (renseignements sur les visites aux fournisseurs de soins de santé)</p> <p><input type="checkbox"/> Facturation, paiement, revenu, services bancaires, impôt, actif ou données nécessaires pour déterminer si vous êtes admissible aux avantages du programme DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> Limite aux dates ou types de renseignements suivants : (par exemple, « Test de laboratoire daté du 2 juin 2019 » ou « Réclamations de 2018-2020 »)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Autre : <i>Renseignements sur ma santé, mes allégations et mes rencontres. Renseignements relatifs à mes soins.</i></p>	<p><b><u>Permission spéciale : Traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou aiguillage vers des services</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Inclure <b>tous</b> les renseignements sur les drogues et l'alcool dans le communiqué</p> <p><input type="checkbox"/> Inclure <b>seulement</b> les dossiers spécifiques sur les drogues et d'alcool vérifiés :</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic et traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Notes cliniques et résumés des congés</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents ou résumé en matière de drogues ou d'alcool</p> <p><input type="checkbox"/> Renseignements sur le paiement ou les réclamations</p> <p><input type="checkbox"/> Situation de vie et soutiens sociaux</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments, dosages ou fournitures</p> <p><input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><b><u>Permission spéciale : Services de santé mentale et comportementale</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Inclure cette information dans le communiqué</p> <p><input type="checkbox"/> Je veux passer en revue mon dossier de santé mentale ou de santé comportementale avant ma libération. Je comprends que l'examen sera supervisé.</p> <p>La loi du Maine nous permet de partager cette information avec d'autres fournisseurs de soins de santé et les plans de santé pour coordonner et gérer vos soins (pour aider à prendre soin de vous) tant que nous faisons un effort raisonnable pour vous informer de la libération.</p>	<p><b><u>Permission spéciale : État et résultats du test de dépistage du VIH/SIDA</u></b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inclure cette information dans le communiqué.</p> <p>La loi du Maine nous oblige à vous informer des effets possibles de la diffusion d'information sur le VIH/SIDA. Par exemple, vous pourriez recevoir des soins plus complets si vous divulguez ces renseignements, mais vous pourriez être victime de discrimination s'ils sont mal utilisés. Vos renseignements sur le VIH/SIDA et toutes vos données seront protégés comme l'exige la loi.</p>

**Je comprends et conviens que :**

- Je signe volontairement ce formulaire. J'ai droit à une copie signée de ce formulaire si j'en fais la demande.
- Mon traitement, mon paiement pour services ou mes prestations ne dépendront pas du fait que je signe ce formulaire à moins de demander de divulguer des renseignements pour solliciter des prestations.
- « L'information » peut être sous forme écrite, orale ou électronique, et elle comprend des renseignements à mon sujet provenant d'autres fournisseurs de soins de santé (tels que les médecins, les hôpitaux, et les conseillers) qui sont inclus dans mes dossiers. Ma signature permet aux personnes ou aux bureaux nommés au verso de discuter de mes renseignements aux fins indiquées sur ce formulaire.
- Mes informations vont demeurer confidentielles comme l'exige la loi. Si je choisis de partager mes informations avec d'autres personnes qui ne sont pas tenues par la loi de les garder confidentiels, ils pourraient ne plus être protégés par les lois fédérales sur la confidentialité.
- Si des dossiers de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ou de programme (trouble lié à la consommation de substances) sont inclus dans ce communiqué, un avis sera joint aux dossiers indiquant que les renseignements ne peuvent pas être communiqués de nouveau ou communiqués sans ma permission écrite.
- Je peux révoquer (reprendre) ma permission de divulguer mes informations en remplissant le formulaire de révocation qui se trouve à l'adresse <http://maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> et l'envoyer au bureau qui a partagé mes renseignements. Le formulaire de révocation n'entre en vigueur qu'après sa réception et ne s'applique pas aux informations qui ont déjà été communiquées.
- Si je retire ma permission ou que je refuse de divulguer une partie ou la totalité de mes renseignements, mon choix pourrait mener à un diagnostic ou à un traitement inapproprié, ou à un refus d'assurance.
- Ce formulaire expire **un an** à compter de la date ci-dessous, sauf si j'écris une date antérieure ici : \_\_\_\_\_
- Ce formulaire permet des rejets supplémentaires jusqu'à son expiration

**Date :** \_\_\_\_\_ **Signature :** \_\_\_\_\_

**Pouvoir de signature du représentant personnel :** \_\_\_\_\_