



Autorisation de communiquer des renseignements

**Nous nous engageons à protéger la confidentialité de vos renseignements.
Veuillez lire attentivement ce formulaire.**

Quel(s) bureau(x) du DHHS devrait vous aider? Veuillez cocher la case correspondante.

<input type="checkbox"/> Bureau des services du MaineCare	<input type="checkbox"/> Services de toxicomanie et de santé mentale
<input type="checkbox"/> Bureau pour l'indépendance de la famille et équipe d'examen médical	<input type="checkbox"/> Bureau des services à l'enfance et à la famille
<input type="checkbox"/> Centre de contrôle et de prévention des maladies du Maine	<input type="checkbox"/> Bureau des services aux personnes handicapées et aux personnes
<input type="checkbox"/> Centre psychiatrique Dorothea Dix	<input type="checkbox"/> Bureau des procédures administratives
<input type="checkbox"/> Centre psychiatrique Riverview	<input type="checkbox"/> Autre :

Quels renseignements désirez-vous communiquer? Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.

Nom de la personne		Date de naissance	N° de sécurité sociale
Adresse		Localité/Ville	État
Téléphone () -		Adresse électronique @	
		Code postal	

Parmi les propositions suivantes, quels renseignements autorisez-vous le DHHS à communiquer? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

<p><u>Autorisation générale :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tous les renseignements en matière de santé provenant des bureaux du DHHS vérifiés ci-dessus</p> <p><input type="checkbox"/> Données relatives aux demandes de règlement ou aux consultations (renseignements concernant les visites chez les professionnels de la santé)</p> <p><input type="checkbox"/> Facturation, paiement, revenu, opérations bancaires, impôts, actifs ou données nécessaires pour déterminer si vous êtes admissible aux avantages du programme DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> Veuillez vous limiter aux dates ou types de renseignements suivants : (par exemple "Analyse laboratoire datée du 2 juin 2017" ou "Demandes de règlement 2015-2017")</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>	<p><u>Autorisation spéciale : Services d'orientation en matière de drogues et d'alcool</u></p> <p><input type="checkbox"/> Inclure tous les renseignements sur les drogues et l'alcool dans la publication</p> <p><input type="checkbox"/> Inclure seulement les dossiers spécifiques sur les drogues et l'alcool qui ont été cochés :</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic et traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Notes cliniques et sommaires de congé</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents ou résumé des drogues et alcools</p> <p><input type="checkbox"/> Renseignements sur le paiement ou les demandes de règlement</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions de vie et accompagnement social</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments, dosages ou fournitures</p> <p><input type="checkbox"/> Résultats d'analyse</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>
<p><u>Autorisation spéciale : Services de santé mentale et comportementale</u></p> <p><input type="checkbox"/> Inclure cette information dans la publication</p> <p><input type="checkbox"/> Je veux vérifier mon dossier de santé mentale/comportementale avant la publication. Je comprends que la vérification sera contrôlée.</p> <p>Remarque : La législation du Maine nous permet de partager ces renseignements avec d'autres professionnels de la santé et programmes de santé afin de coordonner vos soins (pour vous aider à prendre soin de vous) à condition que nous prenions des mesures raisonnables pour vous informer de leur publication.</p>	<p><u>Autorisation spéciale : État du VIH/sida/Résultats du test</u></p> <p><input type="checkbox"/> Inclure cette information dans la publication</p> <p>Remarque : La législation du Maine exige que nous vous informions des effets possibles de la publication de vos renseignements concernant le VIH/sida. À titre d'exemple, vous pourriez recevoir des soins plus complets suite à la publication de ces renseignements, mais vous pourriez faire l'objet de discrimination si vos données sont utilisées à mauvais escient. Le DHHS protégera vos données relatives au VIH, mais également l'ensemble de vos renseignements, comme la loi l'exige.</p>

Souhaitez-vous que le DHHS vous communique vos renseignements par COURRIEL? Oui.

Bien que le DHHS dispose de mesures de protection de la vie privée et de sécurité pour mes renseignements, je comprends que le courrier électronique et Internet comportent des risques que le DHHS ne soit pas en mesure de contrôler. Il est possible que les renseignements reçus par courriel puissent être lus par un tiers. J'ACCEPTÉ CES RISQUES et je demande au DHHS de toujours envoyer mes renseignements par courriel. **VOS INITIALES ICI** _____

À quelle adresse électronique le DHHS doit-il envoyer vos renseignements? Veuillez écrire lisiblement l'adresse électronique :

Quel est le but de la publication? Veuillez cocher ou écrire une réponse.

- Coordonner ou gérer mes soins Pour une raison juridique, y compris pour déposer un témoignage
 Une demande personnelle Pour voir si j'ai droit à des prestations ou à une assurance Autre _____

Veuillez vérifier et écrire en caractères d'imprimerie ci-dessous : Envoyer mes informations à Obtenir mes informations de :

Nom _____	Nom _____
Adresse _____	Adresse _____
Ville, État, Code postal _____	Ville, État, Code postal _____
Téléphone _____ Fax _____	Téléphone _____ Fax _____

Je comprends et j'accepte que :

- “Les renseignements” peuvent être sous forme écrite, orale et/ou électronique.
- Ce formulaire expirera **un an** après la date mentionnée ci-dessous, à moins que je ne révoque (retire) mon autorisation plus tôt.
- Pour retirer mon autorisation, je remplirai le formulaire de révocation qui se trouve sur le site <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> et je l'enverrai au bureau où je reçois les services. Elle ne s'appliquera pas aux renseignements que le DHHS a déjà publiés avec mon autorisation.
- Si je retire mon autorisation ou refuse de divulguer une partie ou la totalité de mes renseignements, mon choix pourrait mener à un diagnostic ou à un traitement inadéquat ou à un refus de couverture d'assurance.
- J'autorise les personnes et/ou les bureaux mentionnés sur ce formulaire à communiquer entre eux aux fins indiquées sur ce formulaire.
- Les renseignements en matière de santé provenant d'autres professionnels (comme les médecins, les hôpitaux et les conseillers) dans mon dossier DHHS sont inclus dans cette publication.
- À moins que je ne présente une demande de prestations, le DHHS ne fondera pas mon traitement, mon paiement pour des services ou des prestations sur le fait que je signe ou non ce formulaire.
- Les bureaux du DHHS garderont mes renseignements de manière confidentielle, comme la loi l'exige. Si je choisis de partager mes renseignements avec d'autres personnes qui ne sont pas tenues par la loi de les garder confidentiels, il se peut qu'ils ne soient plus protégés par les lois fédérales sur la confidentialité.
- Si des dossiers de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ou de programme (troubles liés à la consommation de substances) sont inclus dans cette publication, le DHHS inclura un avis indiquant que ces renseignements ne peuvent pas être réédités ou partagés sans mon autorisation écrite.

Je signe volontairement ce formulaire. J'ai le droit d'obtenir une copie signée de ce formulaire si j'en fais la demande.

Date : _____ Signature _____

Représentant personnel autorisé à signer : _____