

敬愛的健康保健提供者：

加州工作機會和對孩子負責 (CalWORKs) 計劃規定非豁免者（一位或二位父母的家庭都各自）每週有 32 或 35 個小時參加工作，訓練，或教育活動。CalWORKs 參加者在他們的活動中必須作出 "令人滿意的成績"。

我們要求你提供我們有關他 / 她的心理或生理狀況如何影響其參加工作 / 訓練計劃能力的資料來幫助我們鑒定這位人士。有了這方面的資料，我們能夠更好地給參加者分派適當的活動。這也幫助我們決定參加者的狀況是否使他 / 她能夠參加或者成功地完成每週 32 或 35 小時的工作和 / 或訓練規定。

請填寫附上的表格的第 2 欄，並簽署（或讓你的授權代表簽署）第 3 欄的證明部分。也請填妥生理能力和 / 或心理能力表格，如適宜的話。

謝謝您的協助。

工作人員姓名

工作人員電話號碼

傳真號碼

透露醫療資料 授權表

郡政府專欄	
案件姓名：	案件號碼：
工作人員姓名：	工作人員號碼：

第1欄必須由病人 / 受服務者填寫。第2和第3欄由下面畫勾的類型的提供者填寫（或他 / 她的授權代表）填寫：（郡工作人員在下列適宜的方格內畫勾。）

- 持執照的醫生或經認證的心理醫生。
- 診斷 / 治療影響工作能力或參加教育 / 訓練活動的生理或心理損傷的持執照或州政府認證的健康保健專家，包括，但不限制於，醫療醫生，骨科醫生，按摩脊椎治療醫師，和持執照 / 經認證的心理醫生。

第1欄。病人 / 受服務者資料和透露資料授權書

病人 / 受服務者姓名 (姓, 名, 中間名)	性別 (畫圈)	出生日期	社會安全號碼	家中孩子 (們) 年齡
	男 女	- . -	- . -	
我授權 _____ 的 _____ 診所或醫療組 提供者姓名				
向郡福利所透露我記錄中的資料，有關下面畫勾的狀況：				
<input type="checkbox"/> 生理狀況 <input type="checkbox"/> 心理狀況 <input type="checkbox"/> 其它 (描述) _____				
我知道，郡福利所可以使用這份授權書來獲取醫療資料長達一年。我可以在任何時候撤銷這份授權書，對已經提供給福利所的資料則除外。郡福利所需要這份資料來決定領取現金補助或糧食券的資格。郡福利所也需要這份資料來決定我能夠參加 (參與) 的工作或訓練活動的類型，以及我需要的CalWORKs服務。這份資料將保留在我的案件檔案內，如果每一次的透露沒有我簽名表示同意的話，將不得透露，除非是法律特別規定或准許。在我填妥後，我已閱讀了 (或有人讀給我聽) 這份表格。我知道如果我索取的話，我可以得到一份表格的副本。				
病人 / 受服務者簽名	和病人的關係，如若不是自己			簽名日期
作記號證人，翻譯員，或代表病人 / 受服務者人士簽名				簽名日期

第2欄。提供者聲明

我們索取的資料是被用來鑒定上面提名人士領取民眾補助的資格，並且決定他的 / 她的工作分派。請回答下列作記號所指示的問題：

問題1至5 問題6 問題7

- 病人是否有醫學上可證明的病情，以致限制或妨礙他 / 她擔任某些職務? 是 否
如是，請填寫表格的其餘部份，以及生理能力和 / 或心理能力表格 (若附上) 如適宜的話。
如否，只要填寫下列健康保健提供者證明欄。
- 病情初發日期 _____。病情是 慢性 急性，預期持續至 _____
- 病人是否積極尋求治療? 是 否 下次預約日期 _____
- 這人是否能工作? 是 否
如是，每天多少小時? _____
- 這人是否有影響他 / 她工作能力或參加教育或訓練的限制? 是 否
- 有必要決定是否需要提供托兒照顧，以致使另一位父母能夠工作。病人的病情 是 否
是否妨礙他 / 她照看家中的孩子 (們)?
- 病人的病情是否需要有人在家中照顧他 / 她? 是 否

第3欄。提供者證明

提供者或提供者的授權代表簽名	簽名日期
正楷書寫姓名及職稱 / 專科	電話號碼 ()
街道地址 (郵寄地址，如不同)	城市
	州 郵遞區號