

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ)

CASE NAME:

CASE NUMBER:

WORKER NAME:

WORKER NUMBER:

Раздел 1 должен быть заполнен пациентом/клиентом. Разделы 2 и 3 должны быть заполнены лицом или организацией (или уполномоченным представителем), предоставляющими услуги: (Работник округа отмечает соответствующий квадратик ниже.)

- ☐ Лицензированный врач или дипломированный психолог.
☐ Медицинский работник, такой, как врач, остеопат, хиропрактик, лицензированный или дипломированный психолог, и т.д., который имеет сертификат, выданный штатом, дающий разрешение диагностировать/лечить психологические или физические проблемы, которые могут повлиять на возможность пациента/клиента принимать участие в программе по работе/обучению.

РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ/КЛИЕНТЕ И РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

ФАМИЛИЯ И ИМЯ ПАЦИЕНТА/КЛИЕНТА	ПОЛ (ОБВЕДИТЕ) М Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ - -	НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ - -	ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ
--------------------------------	------------------------------	----------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Я даю разрешение _____
ИМЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НАЗВАНИЕ КЛИНИКИ ИЛИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
 передать в окружной департамент социальных услуг информацию из записей о состоянии моего здоровья:

- ☐ Физическое Состояние ☐ Психологическое Состояние ☐ Другое (Опишите) _____

Я знаю, что окружной департамент социальных услуг может использовать это разрешение для получения медицинских данных в течении одного года. Я могу аннулировать это разрешение в любое время, за исключением той информации, которая уже была передана в департамент социальных услуг округа. Эта информация необходима департаменту социальных услуг округа для определения моего права на получение денежной помощи или талонов на питание. Она также нужна, чтобы определить, в каких видах рабочей или образовательной деятельности я могу принимать участие, и в каких услугах программы CalWORKs я нуждаюсь. Эта информация будет храниться в записях дела и не будет разглашаться без моего письменного согласия на каждое разглашение, за исключением тех случаев, когда разглашение конкретно требуется или дозволяется законом. И прочел(ла) эту форму (или мне её прочли) после заполнения. Я знаю, что могу получить копию этой формы, попросив об этом.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА/КЛИЕНТА	РОДСТВО С ПАЦИЕНТОМ, ЕСЛИ НЕ САМ ПАЦИЕНТ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ОТМЕТКИ, ПЕРЕВОДЧИКА, ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ДЕЙСТВУЮЩЕГО ОТ ЛИЦА ПАЦИЕНТА/КЛИЕНТА		ДАТА ПОДПИСАНИЯ

РАЗДЕЛ 2. ЗАЯВЛЕНИЕ ЛИЦА ИЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ

Требуемая информация необходима для определения права вышеуказанного лица на получение общественной помощи, и направления его/её на подходящую работу. Пожалуйста, ответьте на вопросы, отмеченные ниже:

- ☐ Вопросы 1 по 5 ☐ Вопрос 6 ☐ Вопрос 7

- Имеет ли пациент проблему со здоровьем, которая ограничивает или лишает его/её возможности выполнять какие-либо задания? ☐ ДА ☐ НЕТ
 Если ДА, заполните остальную часть анкеты, и, если уместно, формы Physical Capacities и/или Mental Capacities (если прикреплена). Если НЕТ, заполните только раздел 3 (Свидетельство) ниже.
- Дата начала заболевания _____. Состояние: ☐ Хроническое ☐ Обостренное, вероятно продлится до _____
- Планирует ли пациент пройти курс лечения? ☐ ДА ☐ НЕТ Дата следующего посещения врача _____
- Может ли это лицо работать? ☐ ДА ☐ НЕТ
 Если ДА, сколько часов в день? _____
- Имеет ли это лицо какие-либо ограничения, влияющие на его/её возможность работать или принимать участие в учебных программах? ☐ ДА ☐ НЕТ
- Необходимо ли определить, должны ли быть предоставлены услуги по присмотру за детьми, чтобы дать возможность второму родителю работать? Ограничивает ли состояние пациента его возможность присматривать за детьми дома? ☐ ДА ☐ НЕТ
- Требуется ли состояние пациента постоянного присутствия в доме кого-либо для ухода за ним/ней? . . . ☐ ДА ☐ НЕТ

РАЗДЕЛ 3. СВИДЕТЕЛЬСТВО ЛИЦА ИЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ

ПОДПИСЬ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЛИЦА ИЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВА
ИМЯ/ФАМИЛИЯ (РАЗБОРЧИВО) И ЗВАНИЕ/СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ	КОД И НОМЕР ТЕЛЕФОНА ()
АДРЕС/МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ (ПОЧТОВЫЙ АДРЕС, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЯ)	ГОРОД
	ШТАТ ПОЧТ. ИНДЕКС

ЛИЦУ ИЛИ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ:

Программа возможности трудоустройства и ответственности перед детьми в Калифорнии (CalWORKs) требует, чтобы неосвобожденные лица выполняли требуемую норму 32 или 35 часов (для семейных групп с одним или двумя родителями, соответственно) рабочей, учебной, или образовательной деятельности в неделю. Участники программы CalWORKs должны продемонстрировать “удовлетворительный прогресс” в своих занятиях.

Мы просим, чтобы вы помогли нам дать оценку данному лицу, предоставив нам информацию о том, как его/ее психологическое или физическое состояние повлияет на его/ее возможность принимать участие в программе по работе/обучению. Используя эту информацию, мы сможем лучше подобрать подходящее занятие для участника(цы). Эта информация также поможет нам определить, позволит ли состояние участника(цы) программы принять участие или успешно выполнить требуемые 32 или 35 часов рабочей, учебной, или образовательной деятельности в неделю.

Пожалуйста, заполните Раздел 2 приложенной анкеты и подпишите (или попросите вашего официального представителя подписать) Свидетельство в Разделе 3. Пожалуйста, также заполните формы Physical Capacities и/или Mental Capacities, если это применимо.

Благодарим за вашу помощь.

ИМЯ РАБОТНИКА

НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТНИКА

НОМЕР ФАКСА