

基于 HIPAA 的健康信息披露授权 (OCA-960) 填写说明

这些说明将帮助您填写“基于 HIPAA 的健康信息披露授权 (OCA-960)”。请务必仔细阅读表格的每一行内容，并确保正确填写表格的每一个方框。否则，人力资源管理局 (Human Resources Administration, HRA) 可能会不批准您的申请。

1. 如果您是 MEDICAID 客户，请遵循这些说明授权 HRA 将您的 Medicaid 记录提供给其他个人或机构。所有项目必须填写，除非另有说明。

- 表格上方 – 在要求填入患者姓名、出生日期、社会安全号码和患者地址的方框内填入您的信息。
- 第 1-6 行 – 阅读并了解。
- 第 7 行 – 披露此类信息的健康提供者或实体的名称和地址：以正楷填写或键入；NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013。
- 第 8 行 – 接收此类信息的人员或团体的名称和地址：填入您希望其接收您的信息的人员或团体（例如：律师事务所）的名称和地址。我们会将请求的记录发送至您填入的地址。
- 第 9(a) 行 – 将被披露的特定信息：请告诉我们您想让我们披露的信息类型。

第一个方框

- 如果您想让我们披露部分 Medicaid 记录，请勾选第一个方框（特定日期的医疗记录）并填入起止日期；

第二个方框

- 如果您想让我们披露全部 Medicaid 记录，请勾选第二个方框（全部医疗记录）；以及

其他方框

- 如果您想让我们披露的信息不在方框 1 或 2 的范围内，请勾选“其他”方框。以正楷填写或键入您希望我们披露的信息的清晰说明。

重要信息：如果您希望 HRA 披露您的记录中可能存在的酒精或药物治疗、心理健康信息或与艾滋病相关的信息，请在第 9(a) 项所列的您希望我们披露的信息类型旁边填入您的姓名首字母缩写。如果您不希望我们披露这些类型的信息，请将这些行留空。

- **第 9(b) 行**– 授权讨论健康信息（非必填）：
 - 如果您想让 HRA 与其他人讨论您的健康信息，请勾选 (b) 旁边的方框，并在第一行填入您的姓名首字母缩写。
 - 在“个人医疗服务提供者的名称”一行以正楷填写或键入“NYC HRA”。
 - 以正楷填写或键入我们可以与其谈论您的信息的人员、律师、律师事务所、机构或团体的名称。
 - **第 10 行** – 披露信息的理由：告诉我们为何您希望 HRA 向其他人披露您的信息。作为 Medicaid 客户，您只需勾选第 10 项的第一个方框。如果您因为其他原因希望 HRA 披露您的信息，请勾选“其他”方框并以正楷填写或键入原因。
 - **第 11 行** – 本次授权截止日期或事件：填入我们应停止披露信息的时间（例如，“12/31/2030”或“诉讼结束时”）。
 - **跳过第 12 和 13 行**
 - **最后一行** – 签名并注明日期。
2. 如果您是 **MEDICAID** 客户代表，请遵循这些说明代表客户允许 HRA 向其他个人或团体披露客户的 Medicaid 记录。请填写所有项目，除非另有说明。
- **表格上方**，在相应方框内以正楷填写或键入客户姓名、出生日期、社会安全号码和地址。
 - **第 1-6 行**：阅读并了解。
 - **第 7-11 行**：按照以上第 1 部分中的说明填写。
 - **第 12 行** – 如果非患者本人（客户）签名，请填入签署本表格的人员姓名：以正楷填写或键入您的姓名。
 - **第 13 行** – 代表患者签名的授权：告诉我们您拥有的代表客户签名的授权。请提供授权文件副本。
- 重要信息：**因客户未签名或无法签名，需由您代表客户签名时，您还必须提交相应的签名授权证明。授权证明的范例包括：有效的委托书^{*}、遗产管理委托书或法令指定监护人和监护人委员会文件。
3. **最后一行** – 签名并注明日期。

^{*} 根据 2010 年 9 月 New York General Obligations Law（《纽约一般义务法》）的修正案，委托书 (Power of Attorney, POA) 仅在委托人和受托人共同签署时才有效。POA 必须包含 New York General Obligations Law (GOB) §5-1501(B) 要求的语言，包括“委托人须知”和“受托人重要信息”部分。请参见附件样本委托书，纽约州法定简短表格，选自 NY GOB § 5-1513 (2014)。