

برنامج إعادة تأهيل السائقين المُدانين بالقيادة تحت تأثير الكحول الإفصاح عن المعلومات السرية

مارس 2024

أنا، _____، تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____، أفوض:

- برنامج إعادة تأهيل السائقين المُدانين بالقيادة تحت تأثير الكحول (IDRP)،
- إدارة فيرمونت للمركبات الآلية (DMV)،
- المحاكم الجزئية أو العليا في فيرمونت،
- إدارة الإصلاحات في فيرمونت، بما في ذلك المراقبة والإفراج المشروط (إن وجد)،
- برنامج التحويل إلى المحكمة و/أو سلامة المراهقين (إن وجد)

للتواصل مع بعضهم البعض والكشف عن معلومات حول حقائق تسجيلي في برنامج IDRP، والحالة، وإكمال برنامج التعليم/العلاج في برنامج IDRP. سيكون مقدار المعلومات المفصح عنها هو الحد الأدنى اللازم لتلبية الغرض. قد تتضمن المعلومات المفصح عنها معلومات عن علاج تعاطي المواد المخدرة بغرض تحديد:

- استكمال متطلبات استعادة امتيازات القيادة الخاصة بي و/أو
- الامتثال لشروط فترة المراقبة/الإفراج المشروط و/أو
- غير ذلك:

يرجى تحديد أي منظمات أو أشخاص إضافيين قد يكشف لهم برنامج IDRP أو يشاركون معلومات حول تقدم برنامج IDRP. قد يشمل ذلك الزوج أو أحد أفراد الأسرة أو المحامي أو المستشار أو إدارة المركبات الآلية (DMV) في ولاية أخرى. لن يناقش برنامج IDRP تسجيلك/إكمالك لبرنامج IDRP مع أي شخص أو يرسل دليلاً على الإكمال إلى ولاية أخرى دون تفويض كتابي.

- الزوج/الزوجة/فرد العائلة/صديق (يجب كتابة الأسماء): _____
- المحامي (يجب كتابة الاسم): _____
- المستشار/مقدم العلاج: _____
- الأشخاص الآخرون: _____
- إدارات المركبات الآلية خارج فيرمونت:
- الولاية: _____
- العنوان: _____
- الفاكس/البريد الإلكتروني: _____

أفوض برنامج IDRP بالتواصل معي عبر البريد الإلكتروني وأعرف أنه لا يمكن ضمان سرية هذه الاتصالات وأمانها.

عنوان البريد الإلكتروني: _____

بتوقيعي على هذا النموذج، فإنني أدرك ما يلي: سجلات علاجي من إدمان الكحول و/أو المخدرات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكم سرية سجلات المرضى بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة، 42 C.F.R. الجزء 2، وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 ("HIPAA")، 45 C.F.R. Pts 160 و164 ولا يمكن الإفصاح عنها دون موافقتي الكتابية ما لم تسمح اللوائح بخلاف ذلك. سيحمي برنامج IDRP معلوماتي ولكن هناك احتمال لإعادة الكشف عن المعلومات التي تم الكشف عنها وفقاً لهذه الموافقة من قبل المستلم. يجوز لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال ببرنامج IDRP باستثناء الحد الذي تم الاعتماد عليه بالفعل. إذا لم يتم إلغاؤها قبل ذلك، تنتهي صلاحية هذه الموافقة تلقائياً عند انتهائي من المراقبة/الإفراج المشروط و/أو عند إعادة امتيازات القيادة لي. لست مطالباً بالتوقيع على هذا النموذج للمشاركة في برنامج IDRP ولكن إذا لم أوقع على هذا النموذج، فلن يتمكن برنامج IDRP من مشاركة معلومات إكمال البرنامج مع إدارة DMV أو أي طرف آخر.

التاريخ: _____

توقيع المشارك: _____

Impaired Driver Rehabilitation Program

Release of Confidential Information

March 2024

I, _____, with date of birth ____ / ____ / ____, authorize:

- The Impaired Driver Rehabilitation Program (IDRP),
- The Vermont Department of Motor Vehicles (DMV),
- Applicable Vermont District or Superior Court(s),
- The Vermont Department of Corrections, including Probation & Parole (if applicable),
- Court Diversion and/or Teen Alcohol Safety Program (if applicable)

to communicate with and disclose to one another information about the facts of my IDRP enrollment, status, and completion of the IDRP education/treatment program. The amount of information disclosed will be the minimum amount necessary to satisfy the purpose. This information may include substance use treatment information for the purpose of determining:

- Completion of requirements for the reinstatement of my driving privileges, and/or
- Compliance with the conditions of my probation/parole, and/or
- Other: _____

Please select any additional organizations or people to which IDRP may disclose or share information about your IDRP progress. This might include a spouse, family member, attorney, counselor, or another State's DMV. IDRP will not discuss your IDRP enrollment/completion with anyone or send proof of completion to another State without written authorization.

- Spouse/Family Member/Friend (must list name(s)): _____
- Attorney (must list name): _____
- Counselor/Treatment Provider: _____
- Other person(s): _____
- Department(s) of Motor Vehicles outside Vermont:
State: _____
Address: _____
Fax/Email: _____

- I authorize the IDRP to communicate with me via email and understand that these communications cannot be guaranteed as secure or confidential.

Email address: _____

By signing this form, I understand: my alcohol and/or drug treatment records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Substance Use Disorder Patient Records, 42 C.F.R. Part 2, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise allowed by the regulations. IDRP will protect my information but there is the potential for information disclosed pursuant to this consent to be redisclosed by the recipient. I may revoke this consent at any time by contacting IDRP except to the extent it was already relied on. If not sooner revoked this consent expires automatically upon my release from probation/parole and/or upon reinstatement of my driving privileges. I am not required to sign this form to participate in IDRP but if I do not sign this form IDRP cannot share program completion information with DMV or any other party.

Participant Signature: _____ Date: _____