

# Program rehabilitacije vozača pod uticajem supstanci

## Objavljanje povjerljivih informacija

Mart, 2024.

Ja, \_\_\_\_\_, rođen(a) dana \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, dajem ovlaštenje da:

- Program rehabilitacije vozača pod uticajem supstanci (IDRP),
- Državna agencija za motorna vozila Vermona (DMV),
- Primjenjivi okrug ili Viši sud(ovi) Vermona,
- Kazneno-popravni zavod Vermona, uključujući uslovnu kaznu i uslovni otpust (ako je primjenjivo),
- Sudsko preusmjeravanje i/ili program za sigurnost tinejdžera od alkohola (ako je primjenjivo)

međusobno komuniciraju i otkrivaju informacije o činjenicama mog upisa, statusa i završetka programa obrazovanja / liječenja u okviru IDRP-a. Obim objavljenih informacija biće minimalan obim koji je potreban da bi se zadovoljila namjena. Ove informacije mogu uključivati informacije o liječenju od zloupotrebe supstanci u svrhu utvrđivanja:

- Ispunjavanja uslova za vraćanje mojih vozačkih privilegija i/ili
- Poštovanje uslova uslovne kazne i/ili
- Drugo: \_\_\_\_\_

Odaberite bilo koju dodatnu organizaciju ili osobe kojima IDRP može otkriti ili dijeliti informacije o vašem napretku u IDRP-u. Ovo može uključivati supružnika, člana porodice, advokata, savjetnika ili DMV druge države. IDRP neće raspravljati o vašem upisu/završetku IDRP-a s bilo kim niti slati dokaz o završetku u drugu državu bez pismenog odobrenja.

- Supružnik/član porodice/prijatelj (morate navesti ime(na)): \_\_\_\_\_
- Advokat (obavezno ime i prezime): \_\_\_\_\_
- Savjetnik/Pružatelj usluga: \_\_\_\_\_
- Druga osoba ili osobe: \_\_\_\_\_
- Državne agencije za motorna vozila izvan Vermona:  
Država: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_  
Faks/e-pošta: \_\_\_\_\_

- Ovlašćujem IDRP da komunicira sa mnom putem e-pošte i razumijem da se ne može garantovati da je ova komunikacija sigurna ili povjerljiva.

Adresa e-pošte: \_\_\_\_\_

Potpisivanjem ovog obrasca razumijem sljedeće: Moji podaci o liječenju od alkohola i/ili droga zaštićeni su u skladu sa saveznim propisima koji uređuju Povjerljivost evidencija pacijenata s poremećajem upotrebe supstanci, 42 C.F.R. Dio 2, i Zakonom o prenosivosti i odgovornosti za zdravstveno osiguranje iz 1996. godine („HIPAA”), 45 C.F.R. tačke 160 i 164, i ne mogu se otkriti bez moje pisane saglasnosti, osim ako propisi ne dozvoljavaju drugačije. IDRP će zaštititi moje podatke, ali postoji mogućnost da informacije otkrivene u skladu s ovom saglasnošću budu ponovo otkrivene od strane primatelja. Ovu saglasnost mogu opozvati bilo kada tako što ću kontaktirati IDRP-a, osim u mjeri u kojoj se na nju već oslanjalo. Ako ne istekne ranije, ova saglasnost automatski ističe po mom puštanju na uslovnu slobodu i/ili vraćanjem mojih vozačkih privilegija. Nemam obavezu da potpišem ovaj obrazac za učešće u IDRP-u, ali ako ne potpišem ovaj obrazac IDRP ne može dijeliti informacije o završetku programa s DMV-om ili bilo kojom drugom stranom.

Potpis učesnika: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

# 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: \_\_\_\_\_