

Programme de réhabilitation des conducteurs aux facultés affaiblies

Divulgateion d'Informations confidentielles

Mars 2024

Moi, _____, né(e) le ____/____/____, autorise :

- Le Programme de réhabilitation des conducteurs aux facultés affaiblies (The Impaired Driver Rehabilitation Program (IDRP)),
- Le Département des véhicules à moteur du Vermont (Department of Motor Vehicles (DMV)),
- Le(s) Tribunal(-aux) supérieur(s) ou de district du Vermont concerné(s),
- Le Département des corrections du Vermont, y compris la probation & la libération conditionnelle (le cas échéant),
- Le Programme de déviation judiciaire et/ou programme de sécurité des adolescents en matière d'alcool (le cas échéant)

à communiquer entre eux et divulguer des informations sur les faits de mon inscription à l'IDRP, mon statut et l'achèvement du programme éducatif/de traitement de l'IDRP. La quantité d'informations divulguées sera la quantité minimale nécessaire pour atteindre l'objectif. Ces informations peuvent inclure des informations sur le traitement de la toxicomanie dans le but de déterminer :

- La progression dans la conformité aux conditions requises pour le rétablissement de mes privilèges en tant qu'automobiliste, et/ou
- Le respect des conditions de ma probation ou de ma libération conditionnelle, et/ou
- Autre : _____

Veuillez sélectionner toute organisation ou personne supplémentaire à laquelle l'IDRP peut divulguer ou partager des informations sur votre progression dans l'IDRP. Il pourrait s'agir d'un conjoint, d'un membre de la famille, d'un avocat, d'un conseiller ou du DMV d'un autre État. L'IDRP ne discutera pas de votre inscription/achèvement du programme avec quiconque ou n'enverra pas de preuve d'achèvement à un autre État sans autorisation écrite.

- Conjoint/Membre de la famille/Ami(e) (veuillez indiquer le(s) nom(s)) _____
- Avocat (veuillez indiquer le nom) : _____
- Conseiller/prestataire de traitement : _____
- Autre(s) personne(s) : _____
- Département(s) des véhicules automobiles en dehors du Vermont:
État : _____
Adresse : _____
Fax/Courriel : _____

- J'autorise l'IDRP à communiquer avec moi par courriel et je comprends que la sécurité ou la confidentialité de ces communications ne peut pas être garantie.

Adresse électronique : _____

En signant ce formulaire, je comprends que : mes dossiers de traitement de l'alcool et/ou de la toxicomanie sont protégés en vertu des réglementations fédérales régissant la confidentialité des dossiers des patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances (Confidentiality of Substance Use Disorder Patient Records), 42 C.F.R Partie 2, et le Règlement sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie («Health Insurance Portability and Accountability Act»)(«HIPAA »)) de 1996, 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 et ne peuvent être divulgués sans mon consentement écrit, sauf disposition contraire prévue par les réglementations. L'IDRP protège mes informations, mais il existe la possibilité que les informations divulguées en vertu de ce consentement soient redivulguées par le destinataire. Je peux révoquer ce consentement à tout moment en contactant l'IDRP, sauf dans la mesure où il a déjà été utilisé. Si ce consentement n'est pas révoqué plus tôt, il expire automatiquement au terme de ma période de probation/de libération conditionnelle et/ou à la réintégration de mes privilèges de conducteur. Je ne suis pas obligé (e) de signer ce formulaire pour participer à l'IDRP, mais si je ne signe pas ce formulaire, l'IDRP ne pourra pas partager les informations sur l'achèvement du programme avec le DMV ou toute autre partie.

Signature du Participant :

Date : _____

Téléphone : 802-651-1574 · Fax : 866-272-7989

Courriel: AHS.VDHIDRP@vermont.gov

Pour plus d'informations, consultez HealthVermont.gov/IDRP



French

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: _____