YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Demande d'adhésion à You First

Veuillez remplir et renvoyer cette demande :
Courier : Vermont Department of Health, 280 State Dr, Waterbury, VT 05671-8380
Fax : 802-657-4208

Pour les personnes sourdes et malentendantes, veuillez utiliser le Service de relais du Vermont (en Anglais, Vermont Relay Service) 711 et donner notre numéro : 1-800-508-2222.
Si vous avez des questions ou si vous avez besoin de services d'interprétation, appelez le 1-800-508-2222. Veuillez indiquer votre langue et nous vous mettrons en contact avec un interprète.

Section 1 : À propos de vous

Prénom :

Nom de famille :

Le nom que vous souhaitez que le personnel de You First utilise :

Date de naissance (mois/jours/année) :

Numéro de sécurité sociale (XXX-XX-XXXX) : ☐ Je n'ai pas de numéro de sécurité sociale

Pronoms : ☐ elle/elle ☐ il/lui ☐ ils/eux/elles ☐ autre (veuillez préciser) :

Adresse : ☐ Je n'ai pas d'adresse permanente actuellement

Municipalité/Ville : **État :** **Code postal :**

Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus) :

Adresse électronique :

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Numéro de téléphone : ☐ Maison ☐ Travail ☐ Portable

(_____) _____ - _____

Peut-on vous laisser un message ? ☐ Oui ☐ Non

Comment préférez-vous être contacté(e) ? ☐ Par téléphone ☐ Par courriel ☐ Par courrier

Êtes-vous d'origine latine ou hispanique ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre

À quelle(s) race(s) appartenez-vous ? (Veuillez cocher toutes les réponses correspondantes)

- ☐ Blanc(he)
- ☐ Noir(e) ou afro-américain(e)
- ☐ Asiatique ou américain(e) d'origine asiatique
- ☐ Natif(ve) d'Hawaï ou insulaire du Pacifique
- ☐ Autochtone, amérindien(ne) ou natif(ve) d'Alaska
- ☐ Je ne sais pas/pas sûr(e)
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Autre (veuillez préciser) :

Quelle est votre langue préférée pour la communication écrite et orale ?

- ☐ Anglais
- ☐ Espagnol
- ☐ Arabe
- ☐ Français
- ☐ Népalais
- ☐ Somali
- ☐ Kirundi
- ☐ Autre (veuillez préciser) :

Souhaitez-vous qu'on fasse appel à un interprète en vous appelant ? ☐ Oui ☐ Non

Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint ?

- ☐ Moins que la classe de troisième secondaire
- ☐ Quelques années du lycée
- ☐ Baccalauréat ou un équivalent
- ☐ Quelques années d'études universitaires
- ☐ Diplôme universitaire
- ☐ Je ne sais pas/je ne connais pas l'équivalent
- ☐ Je préfère ne pas répondre

Est-ce que vous vous identifiez comme une personne LGBTQ+ ? (lesbienne, gay, bisexuel(le), trans-genre, homosexuel) ☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre

Avez-vous un problème de santé ou un handicap d'apprentissage, physique, mental ou émotionnel ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre

Le programme You First demande des informations personnelles sur la race, l'origine ethnique, l'éducation, l'identité de genre, la sexualité, le handicap et la langue pour nous assurer que nous avons recensé tous les habitants du Vermont éligibles au programme. Vos réponses sont très utiles à notre équipe et nous aident à réduire les différences qu'on peut éviter dans les résultats cliniques. Cependant, vous pouvez choisir l'option de réponse « je préfère ne pas répondre ».

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Section 2 : Revenu

Revenu total du ménage avant impôts : $

☐ chaque année ☐ chaque mois ☐ chaque semaine ☐ toutes les deux semaines

Nombre total de personnes qui vivent de ce revenu :

(y compris vous-même, le/la conjoint(e)/partenaire, les enfants ou les autres personnes qui vivent de ce revenu)

Section 3 : Assurance santé

Avez-vous une assurance santé ?

☐ Oui, j'ai une assurance santé.
☐ Non, je n'ai PAS d'assurance santé en ce moment.

Si oui, veuillez remplir le formulaire ci-dessous :

Nom de la compagnie d'assurance :	Date du début de la couverture :
Nom du titulaire de la police :	Numéro ou identifiant de la police :
Numéro de groupe ou de compte :	

Section 4 : Antécédents médicaux

Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des seins ou un col de l'utérus ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un médecin ou un prestataire de soins de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui :	Nom du cabinet : Emplacement du bureau (localité/ville) :
Si non, avez-vous besoin d'aide pour trouver un médecin ?	☐ Oui ☐ Non

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Quand Avez-vous subi votre dernier test Pap ou PVH ?	☐ Je n'ai jamais subi de test Pap/PVH	☐ J'ai subi une hystérectomie
Date : Lieu :	☐ Je ne me rappelle plus la date	
Avez-vous des problèmes du col de l'utérus ou des récents tests Pap ou PVH anormaux ?	☐ Oui	☐ Non
À quand remonte votre dernière mammographie ?	☐ Je n'ai jamais effectué de mammographie	☐ J'ai subi une mastectomie
Date : Nom de l'hôpital :	☐ Je ne me rappelle plus la date	
Avez-vous des changements au niveau des seins, des inquiétudes ou une récente mammographie anormale ?	☐ Oui	☐ Non
Consommez-vous des produits du tabac (cigarettes, cigares ou produits de vapotage) ?	☐ Oui	☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre
Si oui, pouvons-nous vous orienter vers 802Quits ? 802Quits vous contactera par téléphone et un agent laissera un message s'il ne parvient pas à vous joindre.	☐ Oui	☐ Non

Comment avez-vous découvert You First ?

- ☐ J'étais un(e) membre auparavant
- ☐ Par un(e) ami(e) ou un membre de la famille
- ☐ En cherchant en ligne
- ☐ À travers une publicité en ligne
- ☐ Pride Center of Vermont
- ☐ Grâce à un médecin, une infirmière ou une clinique (précisez) :
- ☐ Par une affiche ou une brochure
- ☐ Sur Facebook ou dans les réseaux sociaux
- ☐ À la télévision ou à la radio
- ☐ Autre (précisez) :

YOU FIRST
Screening and support for heart disease, breast and cervical cancer.

Section 5 : Consentement des membres - Droits et responsabilités

En signant la présente demande, je consens à m'inscrire dans le programme You First. Je reconnais avoir rempli la demande avec des informations qui sont vraies à ma connaissance. J'autorise You First à accéder à mes informations médicales et à les partager.

J'autorise mon médecin, ma clinique, mon hôpital, mon laboratoire et les programmes d'hygiène de vie à partager mes informations avec le programme You First pour qu'ils se rassurent que je reçoive des soins de qualité et pour que You First paie mes différentes factures médicales.

J'autorise You First à partager mes informations médicales sur le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, le dépistage des facteurs de risque des maladies cardiaques, le diagnostic et le traitement avec mon médecin, mon infirmière, l'hôpital, les cliniques et les prestataires de soins de santé impliqués dans mes examens et mon traitement.

You First est un programme financé par les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) qui recueillent auprès de You First des informations sur l'utilisation de ces fonds. J'autorise You First à partager mes informations anonymisées avec le CDC. L'adjectif « anonymisées » signifie que nous protégerons votre vie privée en masquant ou en supprimant les informations qui indiqueraient aux gens qui vous êtes.

Je sais que lorsque je m'inscris au programme You First du Département de la santé du Vermont, j'autorise le programme à partager les informations relatives à mon éligibilité avec d'autres programmes de l'Agence des services sociaux de l'État du Vermont (Agency of Human Services - AHS) en vue de la coordination des services.

Mes informations médicales seront conservées en toute sécurité conformément aux pratiques de confidentialité de l'AHS et à toutes les lois applicables. J'ai reçu une copie de l'avis d'AHS sur les pratiques en matière de protection de la vie privée.

Je sais que j'ai le droit de me retirer du programme You First. Si je ne souhaite plus participer au programme, j'enverrai une lettre ou j'appellerai You First pour qu'il me désabonne. Veuillez envoyer une lettre à : Vermont Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 ou appelez notre coordinateur du service client au 800-508-2222.

Signature : _____ Date : _____

Veuillez signer et soumettre l'Avis de confidentialité de l'Agence des services sociaux ci-joint.

Les signatures numériques ne sont pas acceptées. Pour toute question, veuillez contacter le programme You First au 1-800-508-2222.

VERMONT

Agency of Human Services (Agence des services sociaux)
Avis sur les pratiques de confidentialité
Cet avis prend effet à compter du 1 juin 2022

CE AVIS DÉCRIT COMMENT LES INFORMATIONS MÉDICAL, ET D'AUTRES INFORMATIONS IDENTIFIABLES INDIVIDUELLES VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES PUBLIÉES ET COMMENT VOUS POUVEZ OBTENIR ACCÉS À CES INFORMATIONS. S'IL VOUS PLAIT REVISER ATTENTIVEMENT

FREE INTERPRETER SERVICES ARE AVAILABLE

Veuillez nous faire savoir si vous avez besoin d'un interprète ou d'autres dispositions afin de lire et comprendre le présent avis.

Pratiques de confidentialité relatives aux informations médicales: **Pages 1-3**

Pratiques générales concernant les informations personnellement identifiables : **Page 4**

« Nous » sommes l'Agence des Services Sociaux (AHS). AHS comprend le Département pour les enfants et les familles; le Département de l'invalidité, du vieillissement
et de la vie autonome; le ministère de la Santé; le département de la santé mentale; le département des services correctionnels; et Access du Département de santé.
Nos entrepreneurs et les bénéficiaires comprennent les fournisseurs de services partout dans le Vermont, tels que les centres parents-enfants, les centres de jour pour adultes et les centres de santé mentale communautaires.

Lorsque nous vous fournissons des services de santé et sociaux, nous obtiendrons des informations personnellement identifiables (informations d'identification), et parfois des informations médicales, vous concernant. Les lois fédérales et d'états exigent que nous protégions ces informations. Lorsque nous vous fournissons des services de santé et sociaux, nous obtiendrons des informations identifiables individuellement (informations d'identification), et parfois des informations vous concernant. Les lois fédérales et nationales nous exigent à protéger ces informations, y compris la Portabilité Fédérale d'Assurance de Maladie et la Loi sur la responsabilité de 1996 connue sous le nom HIPAA (« Règle de Confidentialité »).

Cet avis vous explique comment nous pouvons utiliser ou partager vos informations d'identification et / ou de santé et dans le cas que nous pourrions pas le faire. Il vous parle également de vos droits. La loi exige que nous vous donnions cet avis. La loi nous oblige à suivre les termes de l'avis actuellement en vigueur.

PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ CONCERNANT: LES INFORMATIONS DE SANTÉ

1. Quelles informations médicales AHS possède-t-il sur moi ?

Vous et d'autres personnes peuvent bien nous donner des informations sur votre santé, et soins de santé lorsque vous demandez ou recevez nos services. Cela peut inclure des informations concernant votre diagnostic, votre handicap ou votre traitement. Cela peut également inclure des informations financières et de facturation.

2. Quelles sont les informations médicales que l'AHS utilise et communique ?

Nous utilisons et communiquons seulement le minimum d'informations médicales nécessaires dont notre personnel ou nos parties contractantes ont besoin pour faire leur travail.

3. Quand l'AHS utilise ou communique-t-elle mes informations médicales ?

Nous pouvons utiliser et communiquer vos informations médicales pour le traitement, le paiement, ou les opérations de soins de santé qui comprennent la planification des services et l'administration de l'AHS. Par exemple, nous pouvons utiliser vos informations pour les raisons suivantes :

- Pour déterminer votre admissibilité à des services ou des prestations
- Pour créer et fournir un service personnalisé ou des plans de traitement.

Par exemple, nous pouvons partager vos informations pour planifier votre traitement avec les infirmières, les médecins et autres prestataires de soins de santé qui vous traitent.

- Pour vous rappeler des rendez-vous.
- Pour vous faire connaître d'autres supports de services ou de traitements qui peuvent être utiles pour vous ou votre famille.
- Pour payer vos servi

Par exemple, votre médecin peut nous faire parvenir vos informations médicales afin que nous puissions lui faire un paiement.
Nous pouvons également communiquer vos informations médicales avec les parties contractantes afin qu'elles puissent payer votre médecin pour nous.

- Pour mener à bien nos opérations et la gestion de nos programmes.

Par exemple, nous pouvons utiliser et partager vos informations médicales pour nous assurer que les personnes qui s'occupent de vous vous offrent des services de haute qualité et sont payées rapidement et correctement. Nous pouvons utiliser et communiquer vos informations afin de garantir que vous obteniez les services appropriés et améliorer les services que vous recevez.

4. Existe-t-il d'autres situations dans lesquelles l'AHS utilise et communique mes informations médicales sans mon autorisation ?

Il existe certaines circonstances limitées où nous utilisons et communiquons des informations sans votre autorisation. Parfois, la loi permet ou exige que nous le fassions.

Nous pouvons communiquer vos informations sans votre autorisation, pour les raisons personnelles suivantes :

- Avec un membre de votre famille ou toute autre personne que vous choisissez qui soit pertinente pour leur implication dans vos soins ou le paiement de vos soins.
- Pour informer votre famille ou toute autre personne responsable de vos soins du lieu où vous vous trouvez, de votre condition ou décès.
- À un directeur de funérailles ou à un médecin légiste qui a besoin des informations pour s'acquitter de leurs fonctions lorsqu'une personne meurt.
- Pour l'indemnisation de travail ou autres programmes similaires.

Nous pouvons communiquer vos informations sans votre autorisation, pour les raisons particulières suivantes :

- Pour les activités de santé publique comme la prévention ou le contrôle des maladies, aidant avec les rappels de produits, les déclarations des effets secondaires aux médicaments, blessures ou handicaps, et pour tenir les registres d'événements tels que les naissances et les décès.
- À des fins de recherche, soumise à de strictes restrictions légales.
- Avec les organisations qui fournissent des dons et transplantations d'organes.
- En réponse à une décision judiciaire ou administrative, une citation à comparaître, une demande de communication, ou tout autre procédé.
- À la police lorsque la loi l'exige.
- Pour signaler un crime commis dans nos locaux ou à l'encontre de notre personnel.
- Pour signaler un abus, la négligence ou la violence domestique aux autorités appropriée.
- À un organisme de contrôle de santé en matière d'activités de surveillance autorisées par les lois telles que les audits et les enquêtes.
- Au Département de la Santé des États-Unis et des services sociaux pour un examen de conformité ou une enquête sur une plainte, sauf si vous êtes un candidat ou un inscrit au régime d'assurance maladie des immigrés dont les informations sont protégées contre la divulgation en vertu de 33 VSA § 2092 ©.
- Pour éviter une grave menace pour la santé ou la sécurité d'une personne ou public, ou à l' officier des forces de l'ordre à des fins d'application de la loi.
- Pour mener à bien des fonctions gouvernementales spécialisées, de nature à protéger les agents publics, pour la sécurité nationale, les affaires militaires, et dans les établissements correctionnels pour certaines raisons.
- Avec un autre organisme administrant un programme gouvernemental offrant des avantages publics, à l'égard de l'admissibilité ou des informations relatives à l'inscription, et afin de mieux coordonner, administrer et gérer les programmes gouvernementaux connexes.

Sauf pour les motifs énoncés dans cet avis et autorisés par la loi, nous n'utiliserons ni ne communiquerons vos renseignements médicaux sans votre autorisation écrite.

5. Que faire si quelqu'un d'autre a besoin de mes informations médicales ?

Vous pouvez demander que nous donnions vos informations à d'autres, ou nous pouvons vous demander la permission de le faire. Avant de communiquer toute information, il vous sera demandé de signer un formulaire d'autorisation. Le formulaire d'autorisation nous dit quelles sont les informations à communiquer, les fins de la communication, et l'identité de la(des) personne(s) à qui nous communiquerons ces informations. Vous pouvez annuler votre autorisation à tout moment.

6. Puis-je choisir quelqu'un pour me représenter ?
Si vous avez donné une procuration médicale à quelqu'un ou si quelqu'un est votre tuteur légal, cette personne peut exercer vos droits et faire des choix concernant vos informations santé. Nous ferons en sorte que cette personne possède l'autorité et qu'il puisse vous représenter avant toute action.

. Puis-je voir mes informations de santé ?

Dans la plupart des cas, vous pouvez voir vos informations de santé. Vous devriez demander à l'agent de protection des renseignements personnels par écrit, pour voir ou pour obtenir une copie (voir les coordonnées à la page 3). Nous vous fournirons une copie ou un résumé de vos dossiers médicaux et les revendications

Des informations que nous détenons électroniquement. La sécurité ou d'autres raisons légales peuvent limiter les informations que vous voyez. Nous pouvons facturer un montant raisonnable pour la copie.

8.Puis-je changer mes informations de santé ?
Si vous pensez que certaines de vos informations médicales dans votre dossier sont incorrectes, vous pouvez demander par écrit que nous les corrigions ou que nous ajoutions de nouvelles informations. Vous pouvez demander à ce que nous envoyons les informations corrigées ou nouvelles à d'autres personnes qui ont reçu vos informations médicales. Nous ne pouvons pas faire les modifications ou ajouts si à notre avis les informations sont déjà exactes et complètes ou pour d'autres raisons. Si nous ne sommes pas d'accord pour modifier vos informations, nous vous dirons, par écrit habituellement dans les 60 jours, pourquoi nous ne sommes pas d'accord. Nous allons également noter dans votre dossier que vous avez demandé de modifie vos informations et que nous n'avions pas accepté de modifier.

9. Puis-je demander à l'AHS de limiter la façon dont t'il utilise et communique mes informations médicales ?

Vous pouvez demander que nous limitions notre façon d'utiliser et de partager vos informations de santé. Votre demande doit être faite par écrit et vous devez nous dire quelles sont les restrictions que vous souhaitez. On prendra compte de votre demande, mais nous ne sommes pas obligés de l'accepter.

10. Puis-je demander que l'AHS communique avec moi de façon confidentielle ?
Vous pouvez demander que nous communiquions avec vous par d'autres moyens raisonnables ou à un autre endroit. Votre demande doit être faite par écrit et vous devez nous dire où et comment nous devrions vous contacter. Nous essayerons de répondre à votre demande. Si vous nous dites que vous avez besoin d'une communication alternative pour empêcher la divulgation d'informations susceptibles de vous mettre en danger, nous honorerons votre demande.

11. Puis-je obtenir une liste des moments où AHS a partagé mes informations médicaux avec quelqu'un ?

Vous pouvez nous demander une comptabilité des divulgations de vos informations de santé pour six ans avant la date à laquelle vous demandez, avec qui nous les avons partagées et pourquoi. Vous devez faire votre demande par écrit à l'agent de protection des renseignements personnels. La loi ne nous oblige pas à lister chaque situation dans laquelle nous avons partagé vos informations. Par exemple, nous n'avons pas à énumérer toutes les fois que nous avons partagé vos informations pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé de l'AHS ou lorsque nous avons partagé vos renseignements conformément à une autorisation signée par vous-même.

12. Est-ce qu'on me dira s'il y a violation de confidentialité ou de la sécurité de mes informations médicaux ?

Nous vous informerons par écrit en cas de violation de vos informations médicales. Il y a violation quand une personne consulte, utilise ou publie sans autorisation des informations médicales protégées, de manière à compromettre la confidentialité ou la sécurité des informations médicales.

Est-ce qu'on me dira s'il y a violation de confidentialité ou de la sécurité de mes informations médicaux ?
Nous vous informerons par écrit en cas de violation de vos informations médicales. Une violation se produit lorsqu'une personne voit, utilise ou divulgue de manière non autorisée des informations de santé protégées d'une manière qui compromet la confidentialité ou la sécurité des informations de santé. AHS utilise les facteurs d'évaluation des risques énoncés dans la règle de confidentialité pour déterminer si les informations ont été compromises.

13. Quelles sont les lois suivies par AHS qui s'appliquent auconfidentialité de mes informations de santé ?

Nous nous conformons à la loi fédérale de 1996 sur la responsabilité et la portabilité de l'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996), connue sous le nom HIPAA. Nous observons également toutes les lois fédérales ou des états qui protègent vos renseignements personnels de façon plus stricte que l'HIPAA, lorsque cela est applicable. Par exemple, nous observons la loi fédérale relative à la confidentialité des programmes de traitement de la toxicomanie, 42 CFR Part 2, et les lois nationales concernant la confidentialité des dossiers de santé mentale, 18 VSA § 7103 et 33 VSA § 2092 ©.

14 .Puis-je avoir une copie de cet avis ?

Oui, vous avez droit à une copie de cet avis. Vous pouvez nous demander une copie à tout moment. Une version électronique est sur notre site d'Internet, www.humanservices.vermont.gov.

15. Est-ce que AHS peut modifier ses pratiques de confidentialité ?

Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques de confidentialité et le présent avis. Tout changement dans nos pratiques s'appliquera aux informations vous concernant que nous avons déjà et aux informations que nous recevrons à l'avenir. Nous mettrons une copie de tout nouvel avis sur notre site, www.humanservices.vermont.gov, et nous vous enverrons une par courrier.

16. Qui dois-je contacter si j'ai des questions concernant cet avis ?

Veuillez contacter l'**agent de protection des renseignements personnels** par téléphone au 802- 241-0225 ou par courrier électronique à l'adresse :
AHS Privacy Officer
c/o Agency of Human Services
Office of the Secretary
280 State Drive Center Building
Waterbury VT 05671-1000

17. Comment puis-je porter plainte si je pense que mes droits de confidentialité ont été violés ?
Vous pouvez porter plainte à notre agent de protection par écrit ou par téléphone. Vous pouvez également adresser une plainte à l'Office des droits civils, DHHS, au bâtiment fédéral JFK, pièce 1875, Boston, MA 02203, en appelant le 1-800-537-7697 ou à l'adresse suivante:
https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html

PRATIQUES PRIVÉES EN CE QUI CONCERNE: INFORMATIONS IDENTIFIABLE INDIVIDUELLEMENT

En plus des pratiques de protection des informations médicales, l'AHS dispose de lignes directrices concernant la confidentialité de l'information qui identifie les personnes auxquelles nous fournissons des prestations et des services.

Que sont les informations personnellement identifiables ?

Ce sont des informations créées ou reçues par l'AHS ou ses parties contractantes ou bénéficiaires qui identifient, ou pourraient raisonnablement identifier, une personne qui reçoit des services ou des prestations de la part de l'AHS. Les exemples d'informations d'identification sont :

- Nom
- Numéro de sécurité sociale
- Date de naissance
- Adresse
- Numéro de téléphone

Quand l'AHS partage-t-elle ou communique-t-elle mes informations d'identification sans ma permission ?

Nous pouvons communiquer ou divulguer vos informations d'identification pour notre administration de programme sans votre permission. L'administration de programme signifie les activités nécessaires pour effectuer les opérations de l'AHS et consiste en ce qui suit :

- Établir l'admissibilité et la portée des services et de l'assistance pour lesquels vous avez fait une demande, y compris l'identification et la coordination de ces services au sein de l'AHS et avec ses parties contractantes et bénéficiaires.
- Planifier, apporter, organiser, financer ou payer pour les services et l'assistance aux personnes et aux familles.
- Coordination des prestations.
- Détection de fraude et des abus.
- S'engager dans le contrôle de qualité et les activités visant l'amélioration.
- Réponse d'urgence et secours aux sinistrés.
- Conformité aux exigences fédérale et nationale en matière de rapport et de financement, sauf les cas où il est interdit à AHS de partager des informations concernant les candidats ou les inscrits au régime d'assurance maladie des immigrés avec le gouvernement des États-Unis.

Quand l'AHS a-t-elle besoin d'avoir ma permission avant de partager ou divulguer mes informations identifiables ?

Nous avons besoin de votre permission écrite pour communiquer ou divulguer vos informations d'identification en vue de :

- Considérez votre admissibilité à des services autres que ceux pour lesquels vous avez déjà fait une demande.
- Coordonner vos services avec vos fournisseurs qui ne disposent pas d'un contrat ou d'une subvention avec nous.
- Consulter des professionnels en dehors de l'AHS afin de bénéficier de leur expertise.
- Partager avec les personnes de votre choix.

Si vous ne donnez pas l'autorisation dans les circonstances ci-dessus, nous ne serons pas en mesure de fournir la pleine quantité et qualité des services qui peuvent être mis à votre disposition.

Accusé de réception

Les prestataires de traitement direct doivent faire un effort de bonne foi pour obtenir l'accusé de réception écrit du destinataire. Si un accusé de réception ne peut pas être obtenu, le fournisseur doit documenter ses efforts pour obtenir cet accusé de réception et la raison pour laquelle il n'a pas été obtenu.

Je reconnais par la présente que
j'ai reçu une copie de cet avis

Date : _____

_____
(Signature de la personne ou du représentant personnel)

_____
(Nom du représentant individuel ou personne en caractères d'imprimerie)