

برنامه توانبخشی راننده گان معلول انتشار معلومات محرمانه

ماه مارچ 2024

من، _____، با تاریخ تولد ____/____/____، مجاز:

- برنامه توانبخشی راننده گان معلول (IDRP)،
- 3The Vermont Department of Motor Vehicles (DMV)
- 4Applicable Vermont District or Superior Court(s)
- Vermont Department of Correction، از جمله عفو مشروط و رهایی به شرط (در صورت که قابل تطبیق باشد)،
- انحراف دادگاه و / یا برنامه مصونیت الکل نوجوان (در صورت قابل تطبیق باشد)

برای برقراری ارتباط و آشکار کردن معلومات دیگر در مورد حقایق ثبت نام IDRP من، حالت، و تکمیل برنامه آموزش / تداوی IDRP. مقدار معلومات آشکار شده به مقدار مورد نیاز حداقل برای برآوردن هدف خواهد بود. امکان دارد که این معلومات شامل معلومات تداوی مصرف مواد برای مشخص کردن:

- تکمیل نمودن خواسته ها برای باز پس گرفتن از امتیاز رانندگی من، و/ یا
- مطابقت با شرایط عفو مشروط / رهایی به شرط من، و/ یا
- دیگر:

لطفاً هر سازمان یا افرادی را که IDRP امکان دارد معلومات مربوط به پیشرفت IDRP خود شما را آشکار و یا به اشتراک بگذارد، انتخاب کنید. این امکان دارد که شامل همسر، عضو خانواده، وکیل، مشاور، و یا DMV ایالت دیگر باشد. IDRP بدون مجوز کتبی در مورد ثبت نام/تکمیل IDRP شما با کسی و یا ارسال تاییدی اسناد تکمیل به دولت دیگر بحث نخواهد کرد.

همسر/ عضو خانواده / دوست (باید نام (ها) را لیست نمود): _____

وکیل (باید نام را لیست نمود): _____

مشاور / فراهم کننده تداوی: _____

افراد دیگر: _____

Department(s) of Motor Vehicles خارج از Vermont:

ایالت: _____

آدرس: _____

فکس/ایمیل: _____

من به IDRP اجازه میدهم که از طریق ایمیل با من ارتباط برقرار کند و بدانند که این ارتباطات را نمیتوان محفوظ یا محرمانه تضمین کرد.

ایمیل آدرس: _____

با امضای این فورم، من می دانم: سوابق تداوی الکل و / یا مواد مخدر من تحت قوانین فدرال حاکم بر محرمانه بودن سوابق مصرف بی نظم مواد مریض محافظت می شود. 42 C.F.R. بخش دوم، قانون بیمه صحت قابل انتقال و جواگویی و در سال 160 "Pts." 45 C.F.R. ("HIPAA")، 1996 و 164 و بدون رضایت کتبی من آشکار نمی شود مگر اینکه توسط مقررات به نحوه دیگر اجازه داده شده باشد. IDRP از معلومات من محافظت خواهد کرد اما احتمال این هم وجود دارد که معلومات آشکار شده بر اساس این رضایت که توسط گیرنده دوباره آشکار شود. امکان دارد که من این رضایت را در هر زمان با تماس با IDRP رد کنم به جز اینکه که قبلاً به آن اعتماد شده باشد. اگر این رضایت زودتر لغو نشود تاریخ آن به پایان می رسد به طور خودکار پس از آزادی من از آزادی به شرط / عفو به شرط / یا پس از باز پس گرفتن از امتیاز رانندگی من. من مجبور به امضای این فورم برای اشتراک در IDRP نیستم اما اگر این فورم را امضا نکنم IDRP نمی تواند معلومات تکمیل برنامه را با DMV یا هر طرف دیگر به اشتراک بگذارد.

امضای اشتراک کننده: _____ تاریخ: _____

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: _____