

खराब चालक पुनर्स्थापना कार्यक्रम गोपनीय जानकारी जारी गर्ने अनुमति

मार्च 2024

म, _____, जन्म मिति ____/____/____, भएकोले निम्न कुराहरूका लागि अनुमति प्रदान गर्छु:

- खराब चालक पुनर्स्थापना कार्यक्रम (IDRP),
- भर्मोन्ट मोटर वाहन विभाग (DMV),
- लागू हुने भएमा भर्मोन्ट डिस्ट्रिक्ट वा सुपेरियर (उच्च) अदालत(हरू),
- प्रोबेसन वा पेरोल (लागू हुने भएमा) सहित भर्मोन्ट सुधार विभाग,
- अदालत डाइभर्सन र/वा किशोर मदिरा सुरक्षा कार्यक्रम (लागू हुने भएमा)

सञ्चार गर्न र मेरो IDRP नामाङ्कन, स्थिति र IDRP शिक्षा/उपचार कार्यक्रमको समापनका तथ्यहरूका बारेमा एकअर्काको जानकारी खुलासा गर्न । खुलासा गरिएको जानकारीको मात्रा उद्देश्य पूरा गर्न आवश्यक पर्ने न्यूनतम मात्रा हुनेछ । यस जानकारीमा निम्न कुराहरू निर्धारण गर्ने उद्देश्यका लागि लागूपदार्थ दुर्व्यसनको उपचारसम्बन्धी जानकारी समावेश हुन सक्नेछ:

- मेरा ड्राइभिङ विशेषाधिकारहरूको पुनर्स्थापनाका लागि आवश्यकताहरू पूरा भएको र/वा
- मेरो प्रोबेसन/पेरोलका सर्तहरू पालना गरेको र/वा
- अन्य: _____

कृपया IDRP ले तपाईंको IDRP को प्रगतिका बारेमा जानकारी खुलाउन वा साझा गर्न सक्ने कुनै पनि अतिरिक्त संस्था वा व्यक्ति चयन गर्नुहोस् । यसमा जीवनसाथी, परिवारको सदस्य, अटर्नी, परामर्शदाता वा अर्को राज्यको DMV हुन सक्नेछन् । IDRP ले लिखित अनुमतिबिना कसैसँग पनि तपाईंको IDRP नामाङ्कन/समापनका बारेमा छलफल गर्ने छैन वा अर्को राज्यलाई पूरा भएको प्रमाण पठाउने छैन ।

- जीवनसाथी/परिवारको सदस्य/साथी (अनिवार्य रूपमा नाम(हरू) सूचीबद्ध गर्नुपर्छ): _____
- अटर्नी (अनिवार्य रूपमा नाम सूचीबद्ध गर्नुपर्छ): _____
- परामर्शदाता/उपचार प्रदायक: _____
- अन्य व्यक्ति(हरू): _____
- भर्मोन्टबाहिरको मोटर वाहन विभाग(हरू): _____
- राज्य: _____
- ठेगाना: _____
- फ्याक्स/इमेल: _____

- म IDRP लाई इमेलमार्फत मसँग सञ्चार गर्न अनुमति दिन्छु र यी सञ्चारहरूलाई सुरक्षित वा गोपनीय राखिने ग्यारेन्टी गर्न सकिँदैन भन्ने कुरा बुझ्छु ।

इमेल ठेगाना: _____

यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर म निम्न कुराहरू बुझ्छु: मेरो मदिरा र/वा लागूपदार्थ उपचारका रेकर्डहरू लागूपदार्थ दुर्व्यसन विकार भएका बिरामीका रेकर्डहरूको गोपनीयता, 42 C.F.R. भाग 2 र सन् 1996 को हेल्थ इन्सुरेन्स पोर्टाबिलिटी एण्ड एकाउन्टिबिलिटी एक्ट ("HIPAA") (स्वास्थ्य बीमा संवहनीयता तथा जवाफदेहिता ऐन), 45 C.F.R. Pts. 160 तथा 164 लाई नियमन गर्ने संघीय नियमहरूअन्तर्गत संरक्षण गरिन्छ र नियमहरूद्वारा अन्य तरिकाले अनुमति दिएको नभएसम्म मेरो लिखित सहमतिबिना खुलासा गर्न सकिँदैन । IDRP ले मेरो जानकारीको सुरक्षा गर्नेछ तर यस सहमतिअनुसार खुलासा गरिएको जानकारी प्राप्तकर्ताद्वारा पुनः खुलासा गर्ने सम्भावना रहन्छ । यसमा निर्भर रहेर पहिले नै खुलासा गरिएको हदबाहेक IDRP लाई सम्पर्क गरेर मैले जुनसुकै बेला पनि सहमतिलाई रद्द गर्न सक्नेछु । यदि यस सहमतिलाई अगाडि नै रद्द गरिएन भने म प्रोबेसन/पेरोलबाट रिहा भएपछि र/वा मेरा ड्राइभिङ विशेषाधिकारहरू पुनर्स्थापना भएपछि यो स्वतः समाप्त हुन्छ । IDRP मा भाग लिनका लागि मैले यस फाराममा हस्ताक्षर गर्न आवश्यक छैन तर मैले यस फाराममा हस्ताक्षर गरेन भने IDRP ले DMV वा अन्य कुनै पक्षसँग कार्यक्रम पूरा भएको जानकारी साझा गर्न सक्दैन ।

सदस्यको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

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: _____