|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tennessee**  **Ủy Quyền chung về việc Tiết Lộ Thông Tin của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tennessee cho Bên Thứ Ba** | | | | | |
| **Thông tin sẽ được tiết lộ cho:**  **TÊN VIẾT IN HOA**► | | | **Ngày:** | **Thông Tin Người Ký:**  Bản thân Phụ huynh trẻ vị thành niên Người giám hộ  Đại diện được ủy quyền khác (giải thích) \*Có thể cần cung cấp bằng chứng về ủy quyền hợp pháp. | | |
| **Địa Chỉ Đường** | | | |
| **(Phụ huynh/người giám hộ ký vào đây nếu luật**  **của Tiểu Bang yêu cầu phải có hai chữ ký)** | | |
| **Số Điện Thoại (kèm mã vùng)**  **(     )** | | **Thành Phố** | | | **Tiểu Bang** | **Mã Bưu Chính** |
| **Tôi,** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ủy quyền cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tennessee và những người đại diện/nhà thầu được ủy quyền của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tennessee tiết lộ những thông tin sau từ hồ sơ của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh được mô tả dưới đây:**   * Tất cả hồ sơ (*ngoại trừ hồ sơ Medicaid/TennCare/Ma Túy/Rượu/Giáo Dục*\* **Xem Bên Dưới**) Có: Không:   HOẶC   * Hồ sơ trường hợp của Families First hoặc SNAP: Có  Không * Hồ sơ Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Nghề Nghiệp: Có Không * Khác: Có  Không Mô tả:  |  | | --- | |  |   **\*LƯU Ý: ĐỂ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ/SỨC KHỎE, NGƯỜI NỘP ĐƠN/NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ *PHẢI* HOÀN THÀNH BIỂU MẪU TIẾT LỘ THÔNG TIN CHO BÊN THỨ BA THEO HIPAA CỦA TDHS. ĐỂ ĐƯỢC TIẾT LỘ HỒ SƠ GIÁO DỤC, CÁ NHÂN HOẶC TỔ CHỨC YÊU CẦU TIẾP CẬN HỒ SƠ *PHẢI* LIÊN HỆ TRỰC TIẾP VỚI CƠ QUAN GIÁO DỤC QUẢN LÝ HỒ SƠ.**  **Thông tin này có thể được tiết lộ cho những cá nhân hoặc tổ chức sau:** *Nhập “Tất Cả” hoặc ghi rõ cá nhân/tổ chức cụ thể hay loại cá nhân/tổ chức có thể được tiết lộ thông tin:*   |  | | --- | |  |   Đối với những hồ sơ mà tôi đã cho phép tiết lộ, TDHS có thể trao đổi hoặc cung cấp bản sao hồ sơ của tôi cho bất kỳ cá nhân/tổ chức nào mà tôi đã cho phép và có thể cung cấp thông tin này dưới dạng bản in, fax, bản sao trên máy tính hoặc điện tử của những hồ sơ đó.  **QUÝ VỊ KHÔNG BẮT BUỘC PHẢI KÝ VÀO BIỂU MẪU NÀY. Tôi hiểu rằng tôi *không* bắt buộc phải cho phép, *và* quyết định của tôi sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ quyền lợi hoặc dịch vụ nào mà tôi, con tôi hoặc gia đình tôi đang nhận được từ Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc bất kỳ quyền lợi hoặc dịch vụ nào mà tôi đã nộp đơn đăng ký từ Sở Dịch Vụ Nhân Sinh.** | | | | | | |

* Tôi sẽ nhận được một bản sao của biểu mẫu này sau khi ký. Tôi có thể yêu cầu TDHS cung cấp bản sao của thông tin đã được tiết lộ sau khi tôi ký vào biểu mẫu này.
* **Ủy quyền này có hiệu lực trong vòng 12 tháng kể từ ngày tôi ký vào biểu mẫu này, trừ khi tôi thu hồi ủy quyền của mình trước thời hạn..**
* **Quý vị có quyền rút lại ủy quyền của mình bất cứ lúc nào.. *Quý vị không thể thu hồi thông tin mà các cá nhân/tổ chức khác đã nhận được. Nếu quý vị chọn thu hồi ủy quyền, điều đó sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào đã thực hiện trước khi quý vị thu hồi ủy quyền.***
* **Để thu hồi ủy quyền cho phép chúng tôi thu thập hồ sơ của quý vị từ những cá nhân/tổ chức khác, quý vị có thể *gửi thư cho* TDHS tại quận của quý vị hoặc gửi thư cho những cá nhân/tổ chức mà quý vị đã cho phép chúng tôi cung cấp thông tin.**
* Tất cả thông tin về quý vị mà TDHS thu thập đều được bảo vệ theo Đạo Luật Quyền Riêng Tư Năm 1974 và luật hoặc quy định của liên bang hay tiểu bang. Thông tin này sẽ không được cung cấp cho các cá nhân hoặc tổ chức khác trừ khi luật pháp hoặc quy định cho phép hay yêu cầu chúng tôi cung cấp thông tin đó, hoặc khi quý vị cho phép chúng tôi cung cấp thông tin đó. Nếu chúng tôi được yêu cầu hoặc được cho phép cung cấp thông tin về hồ sơ của quý vị, thì thông tin đó có thể không được bảo vệ nếu cá nhân hoặc tổ chức nhận thông tin đó không có nghĩa vụ phải bảo vệ thông tin theo quy định của pháp luật.
* Hãy yêu cầu TDHS giải thích nếu quý vị có thắc mắc về thông tin sẽ được tiết lộ.

**Chữ Ký của Cá Nhân hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**