HB-0627-0503q

紐澤西州 — 財政部
退休金和福利科

交回至：HIPAA Privacy Officer
State Health Benefits Program
PO Box 295
Trenton, NJ 08625-0295

紐澤西州健康福利計畫

成員授權書

用於使用和公佈受保護的健康資訊

成員姓名： _____
姓 名 中間名

地址： _____

_____

日間電話號碼：(_____) _____ **電子郵件：**_____
區域號碼

成員的社會安全號碼：_____ **出生日期：**_____/_____/ _____
月 / 日 / 年

透過簽署本授權書，我授權紐澤西州健康福利計畫 (SHBP) 以下述方式使用和/或公佈我的健康資訊（構成 1996 年健康保險流通和責任法案 [HIPAA] 之管理簡化規定的隱私規則中定義的受保護健康資訊的資訊）。對於健康計畫中的治療、報酬和註冊，或享有醫療保健福利的資格，SHBP 將不會以我是否簽署本授權書爲條件。

我自願簽署本授權書，以將我有關使用和/或公佈下述健康資訊的意願備案。

1. **我授權使用或公佈的健康資訊之說明。**以下是我授權使用和/或公佈的健康資訊之具體說明：

_____

_____

_____

2. 請求使用和/或公佈健康資訊的具體目的說明。我授權出於以下具體目的使用和/或公佈我的健康資訊：_____

_____

_____

_____

3. **授權接收和/或使用我的健康資訊的人員/組織。**我授權以下人員和/或組織從 SHBP 接收我的健康資訊，並出於上列目的使用或公佈此類資訊。我瞭解依照此授權公佈的健康資訊可能不再受聯邦隱私標準的保護，並可能在未經我授權的情況下再次公佈。

_____

_____

_____

_____

下頁待續

4. **撤銷授權之權利。**我瞭解我有權隨時撤銷此授權，而且我的授權撤銷通知必須爲書面形式。我瞭解任何撤銷通知必須包括我的姓名、地址、電話號碼、此授權的日期以及我的簽名，而且我應將它寄至紐澤西州健康福利計畫 — HIPAA Privacy Officer, State of New Jersey, Department of the Treasury, Division of Pensions and Benefits, PO Box 295, Trenton, NJ 08625-0295。我知道我的撤銷通知對已根據此授權進行的健康資訊使用和/或公佈行爲無效。

5. **授權有效期。**此授權將於下列日期到期（勾選一個並填寫）：

☐ On: ___ / ___ / __
月 / 日 / 年

☐ 一旦發生以下事件或直到我撤銷此授權：

_____

_____

成員簽名

我有機會閱讀並理解本授權書的內容。透過簽署本授權書，我確定它準確地反映了我的意願。

_____ **日期：** ____ / ____ / ____
成員簽名 月 / 日 / 年

若由個人代表填寫，請填寫以下項目：

個人代表姓名

與成員的關係或授權性質： （例如醫療保健授權書、監護人、其他合法授權 — **必須隨附一份證明文件**）：

地址： _____

_____

日間電話號碼：(_____**)** _____ **電子郵件：**_____
區域號碼

_____ **日期：** ____ / ____ / ____
個人代表簽名 月 / 日 / 年