

# निःशक्त चालक पुनर्वास कार्यक्रम गोपनीय जानकारी की रिलीज़

मार्च 2024

मैं, \_\_\_\_\_, जन्म की तारीख \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ सहित, अधिकृत करता/करती हूँ:

- निःशक्त चालक पुनर्वास कार्यक्रम (IDRP),
- मोटर वाहनों का वरमोंट विभाग (DMV),
- लागू होने वाला वरमोंट जिला या सुपीरियर अदालत(तें),
- वरमोंट सुधार विभाग, प्रोबेशन और पैरोल सहित (यदि लागू हो),
- कोर्ट डायवर्सन और/या किशोर शराब सुरक्षा कार्यक्रम (यदि लागू हो)

मेरे IDRP नामांकन, स्टेटस और IDRP शिक्षा/उपचार कार्यक्रम के पूरा होने के तथ्यों के बारे में एक दूसरे से संवाद करने और एक दूसरे को जानकारी देने के लिए। उतनी जानकारी ही दी जाएगी, जितनी लक्ष्य को पूरा करने के लिए ज़रूरी हो। निम्न का निर्धारण करने के उद्देश्य से, इसमें मादक पदार्थ मुक्ति उपचार की जानकारी भी शामिल हो सकती है:

- मेरे ड्राइविंग विशेषाधिकारों की बहाली हेतु ज़रूरतों को पूरा करना, और/या
- मेरे प्रोबेशन/पैरोल की शर्तों का अनुपालन, और/या
- अन्य: \_\_\_\_\_

कृपया किसी भी अतिरिक्त संगठन या लोगों को चुनें जिनसे IDRP आपकी IDRP प्रगति के बारे में जानकारी का खुलासा या साझा कर सकता है। इसमें जीवनसाथी, परिवार का सदस्य, वकील, परामर्शदाता या किसी अन्य राज्य का DMV शामिल हो सकता है। IDRP आपके IDRP नामांकन/पूर्णता पर किसी से चर्चा नहीं करेगा या लिखित प्राधिकरण के बिना किसी अन्य राज्य को पूरा होने का प्रमाण नहीं भेजेगा।

- जीवनसाथी/परिवार के सदस्य/दोस्त (नाम(मों) को सूचीबद्ध किया जाना चाहिए): \_\_\_\_\_
- वकील (नाम सूचीबद्ध किया जाना चाहिए): \_\_\_\_\_
- परामर्शदाता/उपचार प्रदाता: \_\_\_\_\_
- अन्य व्यक्ति: \_\_\_\_\_
- वरमोंट के बाहर मोटर वाहनों का(के) विभाग:  
राज्य: \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_  
फ़ैक्स/ईमेल: \_\_\_\_\_

- मैं IDRP को ईमेल के ज़रिए मेरे साथ संवाद करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ और समझता/ती हूँ कि इन संचारों को सुरक्षित या गोपनीय के रूप में गारंटी नहीं दी जा सकती है।

ईमेल पता: \_\_\_\_\_

इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं इस बात को समझता/समझती हूँ: मेरे शराब और/या मादक चीज़ों के उपचार के रिकॉर्ड संघीय नियमों के तहत संरक्षित हैं जो पदार्थ उपयोग विकार रोगी रिकॉर्ड की गोपनीयता को नियंत्रित करते हैं, 42 C.F.R. भाग 2, और 1996 का स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts. 160 और 164 और मेरी लिखित सहमति के बिना खुलासा नहीं किया जा सकता है जब तक कि नियमों के तहत अन्यथा इसकी अनुमति न दी जाए। IDRP मेरी जानकारी की रक्षा करेगा लेकिन प्राप्तकर्ता द्वारा इस सहमति का खुलासा करने के लिए प्रकट की गई जानकारी की संभावना है। मैं किसी भी समय IDRP से संपर्क करके इस सहमति को रद्द कर सकता हूँ, सिवाय इसके कि जिस हद तक इस पर पहले से ही भरोसा किया गया था। यदि पहले रद्द नहीं की गई, तो ये सहमति प्रोबेशन/पैरोल से मेरे रिलीज़ होने पर और/या मेरे ड्राइविंग विशेषाधिकारों की बहाली पर अपने आप समाप्त हो जाती है। IDRP में भाग लेने के लिए मुझे इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने की ज़रूरत नहीं है, लेकिन अगर मैं इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करता/करती हूँ, तो IDRP, DMV या किसी अन्य पक्ष के साथ कार्यक्रम पूरा करने की जानकारी साझा नहीं कर सकता है।

प्रतिभागी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_

# 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: \_\_\_\_\_