

Chương Trình Phục Hồi Chức Năng Lái Xe Bị Suy Giảm Tiết Lộ Thông Tin Bí Mật

Tháng 03/2024

Tôi, _____, với ngày sinh ____ / ____ / ____, ủy quyền:

- Chương Trình Phục Hồi Chức Năng Lái Xe Bị Suy Giảm (IDRP),
- Sở Phương Tiện Cơ Giới Vermont (DMV),
- (Các) Tòa Thượng Thẩm hoặc Tòa Án Quận Vermont phù hợp,
- Sở Cải Huấn Vermont, bao gồm Quản Chế & Tạm Tha (nếu có),
- Chương Trình Chuyển Đổi Tòa Án và/hoặc Chương Trình An Toàn Rượu cho Thanh Thiếu Niên (nếu có)

để liên lạc và tiết lộ cho nhau thông tin về việc đăng ký IDRP, tình trạng và việc hoàn thành chương trình giáo dục/điều trị IDRP của tôi. Lượng thông tin được tiết lộ sẽ là lượng tối thiểu cần thiết để đáp ứng mục đích. Thông tin này có thể bao gồm thông tin điều trị sử dụng chất gây nghiện cho mục đích xác định:

- Hoàn thành các yêu cầu để phục hồi các quyền lái xe của tôi và/hoặc
- Tuân thủ các điều kiện quản chế/tạm tha của tôi và/hoặc
- Khác: _____

Vui lòng chọn bất kỳ tổ chức hoặc cá nhân bổ sung nào mà IDRP có thể tiết lộ hoặc chia sẻ thông tin về tiến trình IDRP của quý vị. Họ có thể bao gồm vợ/chồng, thành viên gia đình, luật sư, cố vấn hoặc DMV của Tiểu Bang khác. IDRP sẽ không thảo luận về việc đăng ký/hoàn thành IDRP của quý vị với bất kỳ ai hoặc gửi bằng chứng hoàn thành cho một Tiểu Bang khác mà không có sự cho phép bằng văn bản.

- Vợ/Chồng/Thành Viên Gia Đình/Bạn Bè (yêu cầu liệt kê (các) tên): _____
- Luật sư (yêu cầu liệt kê tên): _____
- Cố Vấn/Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Điều Trị: _____
- (Những) người khác: _____
- (Các) Sở Phương Tiện Cơ Giới bên ngoài Vermont:
Tiểu Bang: _____
Địa Chỉ: _____
Fax/Email: _____

- Tôi cho phép IDRP liên lạc với tôi qua email và hiểu rằng những thông tin liên lạc này không thể được đảm bảo là an toàn hoặc bí mật.

Địa chỉ email: _____

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi hiểu: Hồ sơ điều trị cai rượu bia/hoặc chất gây nghiện của tôi được bảo vệ theo các quy định liên bang quản lý Bảo Mật Hồ Sơ Bệnh Nhân Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện, 42 C.F.R. Phần 2, và Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Mục 160 & 164 và không thể được tiết lộ mà không có sự chấp thuận bằng văn bản của tôi trừ khi được quy định cho phép. IDRP sẽ bảo vệ thông tin của tôi nhưng có khả năng thông tin được tiết lộ theo sự chấp thuận này sẽ được người nhận tiết lộ lại. Tôi có thể thu hồi sự chấp thuận bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với IDRP ngoại trừ trong phạm vi sự chấp thuận đã được áp dụng. Nếu không bị thu hồi sớm hơn, sự chấp thuận này sẽ tự động hết hạn sau khi tôi hết lệnh quản chế/tạm tha và/hoặc khi tôi được phục hồi các quyền lái xe. Tôi không bắt buộc phải ký vào biểu mẫu này để tham gia IDRP nhưng nếu tôi không ký vào biểu mẫu này, IDRP sẽ không thể chia sẻ thông tin hoàn thành chương trình với DMV hoặc bất kỳ bên nào khác.

Chữ Ký Người Tham Gia: _____ Ngày: _____

Vietnamese

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: _____

English