Release of Confidential Information Form

[APPROPRIATE AGENCY LETTERHEAD]

**ENGLISH VERSION**

**READ FIRST:** Before you decide whether or not to let [Program/Agency Name] share some of your confidential information with another agency or person, an advocate at [Program/Agency Name] will discuss with you all alternatives and any potential risks and benefits that could result from sharing your confidential information. If you decide you want [Program/Agency Name] to release some of your confidential information, you can use this form to choose what is shared, how it's shared, with whom, and for how long.

I understand that [Program/Agency Name] has an obligation to keep my personal information, identifying information, and my records confidential. I also understand that I can choose to allow [Program/Agency Name] to release some of my personal information to certain individuals or agencies.

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, authorize [Program/Agency Name] to share the following specific information with:

name

|  |  |
| --- | --- |
| **Who I want to have my information:** | Name:  Specific Office at Agency:  Phone Number: |

The information may be shared:  in person  by phone  by fax  by mail  by e-mail  by electronic portal

|  |  |
| --- | --- |
| **What info about me will be shared:** | *(List as specifically as possible, for example: name, dates of service, any documents).* |
| **Why I want my info shared: (purpose)** | *(List as specifically as possible, for example: to receive benefits).* |

Please Note: there is a risk that a limited release of information can potentially open up access by others to all of your confidential information held by [Program/Agency Name].

**I understand:**

* That I do not have to sign a release form. I do not have to allow [Program/Agency Name] to share my information. Signing a release form is completely voluntary. That this release is limited to what I write above. If I would like [Program/Agency Name] to release information about me in the future, I will need to sign another written, time-limited release.
* That releasing information about me could give another agency or person information about my location and would confirm that I have been receiving services from [Program/Agency Name].
* That [Program/Agency Name] and I may not be able to control what happens to my information once it has been released to the above person or agency, and that the agency or person getting my information may be required by law or practice to share it with others. I understand that information sent by email may be intercepted and read by others.

***Expiration should meet the needs of the victim, which is typically no more than 15-30 days, but may be shorter or longer.***

**This release expires on** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date Time

**I understand that this release is valid when I sign it and that I may withdraw my consent to this release at any time either orally or in writing. I understand that any information released prior to withdrawing consent is not confidential. By signing this release, I agree that [Program/Agency Name]** **has answered all my questions.**

**Signed:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date/Time: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Witness:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Reaffirmation and Extension (if additional time is necessary to meet the purpose of this release)**

I confirm that this release is still valid, and I would like to extend the release until \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

New Date New Time

**Signed:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Witness:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Consent to Release Withdrawn on [Date/Time] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orally \_\_ In Writing \_\_ Received by [Staff name] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

[APPROPRIATE AGENCY LETTERHEAD]

**VÈSYON KREYÒL**

**LI ANVAN**: Anvan ou deside si wi ou non pou kite [Program/Agency Name] pataje kèk nan enfòmasyon konfidansyèl ou avek yon lòt ajans oswa moun, yon defansè nan [Program/Agency Name] pral diskite avèk nou tout altènativ ak nenpòt risk potansyèl ak benefis ki ta ka rezilta nan pataje enfòmasyon konfidansyèl ou yo. Si ou deside ou vle [Program/Agency Name] yo pibliye kèk nan enfòmasyon konfidansyèl ou yo, ou ka itilize fòm sa a pou chwazi ki sa ki ka pataje, ki jan li ka pataje, ak ki moun, epi pou konbyen tan.

Mwen konprann ke [Program/Agency Name] gen yon obligasyon pou yo kenbe enfòmasyon pèsonèl mwen, enfòmasyon ki idantifye, ak dosye konfidansyèl mwen yo. Mwen konprann tou ke mwen ka chwazi pou pèmèt [Program/Agency Name] pibliye kèk nan enfòmasyon pèsonèl mwen yo bay sèten moun oswa ajans.

Mwen, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorize [Program/Agency Name] yo pataje enfòmasyon espesifik sa yo ak:

Non

|  |  |
| --- | --- |
| **Ki moun mwen vle ki pou gen enfòmasyon m:** | Non:  Ofis Espesifik Ajans la:  Nimewo Telefòn: |

Enfòmasyon yo ka pataje nan jan sa a:

an pèson  pa telefòn  pa faks  pa lapòs  pa imèl  Atravè  pòtal elektwonik

|  |  |
| --- | --- |
| **Ki enfòmasyon sou mwen ki pral pataje:** | *(Bay lis pi espesifik ke posib, pou egzanp: non, dat nan sèvis yo, nenpòt ki dokiman).* |
| **Poukisa mwen vle enfòmasyon m pataje: (Objektif)** | *(Bay lis pi espesifik ke posib, pou egzanp: pou resevwa benefis).* |

Tanpri sonje: gen yon risk ke gen dwa retire limit nan liberasyon enfòmasyon ou ki kapab potansyèlman louvri bay aksè pa lòt moun nan tout enfòmasyon konfidansyèl ou yo ki te fèt nan [Program/Agency Name].

**Mwen konprann:**

* Ke mwen pa bezwen siyen fòm liberasyon sa a. Mwen pa oblije bay [Program/Agency Name] pèmisyon pou pataje enfòmasyon mwen. Siyen fòm liberasyon a konplètman volontè. Ke otorizasyon sa a limite sou sa mwen ekri pi wò a. Si mwen vle [Program/Agency Name] libere enfòmasyon sou mwen nan tan kap vini a, m ap bezwen siyen yon lòt fòm alekri ki tan-limite.
* Ke liberasyon enfòmasyon sou mwen ka bay lòt ajans oswa moun enfòmasyon sou lokasyon mwen epi konfime ke mwen resevwa sèvis nan [Program/Agency Name].
* Ke [Program/Agency Name] ak mwen menm ka pa kapab kontwòle sa ki rive enfòmasyon mwen lè li libere bay moun oswa ajans la, epi ke ajans oswa moun la k ap resevwa enfòmasyon a, ka bezwen oswa dwe pataje li ak lòt moun si lalwa egzije sa oswa pratik. Mwen konprann ke enfòmasyon yo voye pa imèl ka entèsepte epi li pa lòt moun.

***Ekspirasyon ta dwe satisfè bezwen victim la, ki se tipikman pa plis pase 15-30 jou, men ki ka pi kout oswa pi lontan.***

**Fòm liberasyon sa a ap ekspire** \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Dat Lè

**Mwen konprann ke fòm liberasyon sa a valab lè mwen siyen li epi ke mwen ka anile konsantman pou liberasyon sa a nenpòt ki lè swa aloral oswa alekri. Mwen konprann ke nenpòt enfòmasyon yo te divilge anvan retrè konsantman pa konfidansyèl. Lè mwen siyen konsantman sa a, mwen dakò ke [Program/Agency Name]** **te reponn tout kesyon mwen yo.**

**Rekondiksyon ak Ekstansyon (si plis tan nesesè pou satisfè objetif fòm liberasyon sa a)**

Mwen konfime ke fòm liberasyon sa a valab toujou, epi mwen vle yon ekstansyon sou fòm la jiska: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nouvo Dat Nouvo Lè

**Siyen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Temwen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Konsantman pou Divilge Retrè [Dat/Lè] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vèbal \_\_ Pou ekri\_\_ Resevwa pa [Non anplwaye] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Siyen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dat/Lè:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Temwen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

[APPROPRIATE AGENCY LETTERHEAD]

**VERSIÓN ESPAÑOLA**

**LEER PRIMERO:** Antes de decidir si desea o no permitir que [Program/Agency Name] comparta parte de su información confidencial con otra agencia o persona, un defensor de [Program/Agency Name] hablará con usted sobre las alternativas y posibles riesgos y beneficios de compartir su información confidencial. Si decide permitir que [Program/Agency Name] comparta su información confidencial, puede usar este formulario para elegir lo que se puede compartir, cómo, con quién y por cuánto tiempo.

Comprendo que [Program/Agency Name] tiene la obligación de guardar confidencialmente mi información personal, información identificatoria y mis expedientes. También entiendo que puedo optar por permitir que [Program/Agency Name] comparta mi información personal con ciertas personas o agencias.

Yo, (nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a [Program/Agency Name] para que comparta la siguiente información específica con:

|  |  |
| --- | --- |
| **Persona/Agencia que deseo que tenga mi información** | Nombre:  Oficina o agencia específica:  Número de Teléfono: |

La información se podrá compartir:

en persona  por teléfono  por fax  por correo  por correo electrónico  a través del portal electrónico

|  |  |
| --- | --- |
| **Qué se puede compartir sobre mí:** | *(Enumere con el mayor detalle posible, por ejemplo: Nombre, fechas de servicio, tipos de documentos).* |
| **Razón por la qué quiero que se comparta mi información** | *(Enumere con el mayor detalle posible, por ejemplo: para recibir beneficios).* |

Por favor tenga en cuenta que: Hay un riesgo de que la divulgación limitada de información pueda posiblemente dar acceso a otros a la información confidencial suya que esté en manos de [Program/Agency Name].

**Comprendo:**

* Que no tengo que firmar un formulario de liberación de información. Que no tengo que permitir que [Program/Agency Name] comparta mi información. Que firmar el formulario de liberación es completamente voluntario. Que esta liberación se limita a lo que he escrito anteriormente. Si en el futuro quiero permitir que [Program/Agency Name] comparta información sobre mí, tendré que firmar otra liberación con límite de tiempo.
* Que al compartir información sobre mí, se le puede dar a otra agencia o persona información sobre mi paradero y confirmaría que he estado recibiendo los servicios de [Program/Agency Name].
* Que ni [Program/Agency Name] ni yo podemos controlar lo que pase con mi información una vez que se comparta con persona o agencia indicada arriba, y que es posible que las leyes o la práctica requieran que la agencia o persona que reciba mi información tenga que compartirla con otros. Entiendo que la información enviada por correo electrónico que puede ser interceptada y leerla otras personas.

***El vencimiento debe cumplir con las necesidades de la víctima, que normalmente son de 15 a 30 días pero pueden ser más o menos días.***

**Esta liberación se vence el** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Hora

**Comprendo que esta liberación será válida una vez que yo la firme y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento ya sea oralmente o por escrito. Entiendo que toda la información divulgada antes de retirar mi consentimiento no es confidencial.  Al firmar este comunicado, estoy de acuerdo en que [Program/Agency Name] ha contestado todas mis preguntas.**

**Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha/Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Reafirmación y extensión (si es necesario tiempo adicional para cumplir con el propósito de liberación)**

Confirmo que esta liberación sigue siendo válida y deseo extenderla hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nueva fecha Nueva hora

**Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Consentimiento para la divulgación retirado el [Fecha/Hora] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Verbalmente \_\_ Por escrito\_\_ Recibido por [Nombre del la persona encargada] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**