

အရက်/မူးယစ်ဆေးသုံးစွဲထားသည့် ယာဉ်မောင်း ပြန်လည်ထူထောင်ရေးပရိုဂရမ် လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များအား ဖြန့်ချိခွင့်

မတ်လ 2024

ကျွန်ုပ် _____၊ မွေးသက္ကရာဇ် ____/____/____ က အောက်ပါတို့ကို ခွင့်ပြုပေးပါသည်-

- အရက်/မူးယစ်ဆေးသုံးစွဲထားသည့် ယာဉ်မောင်း ပြန်လည်ထူထောင်ရေးပရိုဂရမ် (IDRP)၊
- Vermont မော်တော်ယာဉ်ဌာန (DMV)၊
- သက်ဆိုင်ရာ Vermont စီရင်စု သို့မဟုတ် အထက်တရားရုံး(များ)၊
- ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်းနှင့် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်အပါအဝင် Vermont ပြုပြင်တည်မတ်ရေးဌာန (သက်ဆိုင်ပါက)၊
- တရားရုံးက အခြားပရိုဂရမ်သို့ လွှဲပေးခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ဆယ်ကျော်သက်အရွယ် အရက်သုံးစွဲမှု ဘေးကင်းရေးပရိုဂရမ် (သက်ဆိုင်ပါက)

IDRP တွင် ကျွန်ုပ်၏ စာရင်းသွင်းမှု၊ အခြေအနေ အသေးစိတ်နှင့် IDRP ပညာပေး/ကုသမှု ပရိုဂရမ်အား ပြီးမြောက်မှု အချက်အလက်များအကြောင်း အချင်းချင်း ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန်နှင့် ထုတ်ဖော်ပြောဆိုရန်။ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုသော အချက်အလက်ပမာဏသည် ရည်ရွယ်ချက်ပြည့်မြောက်စေရေး အနည်းဆုံးလိုအပ်သလောက်သာ ဖြစ်ပါမည်။ ဤအချက်အလက်များတွင် အောက်ပါတို့ကို ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် မူးယစ်ဆေးသုံးစွဲမှုအား ကုသမှုအချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်သည်-

- ကျွန်ုပ်၏ ယာဉ်မောင်းနှင့်ခွင့်များအား မူလအခြေအနေအတိုင်းပြန်ထားပေးရန် ပြီးမြောက်ရမည့် လိုအပ်ချက်များအား ဆုံးဖြတ်ရန် နှင့်/သို့မဟုတ်
- ကျွန်ုပ်၏ ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်း/လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် အခြေအနေများနှင့် ကိုက်ညီမှုရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် နှင့်/သို့မဟုတ်
- အခြား- _____

IDRP ရှိ သင်၏ တိုးတက်မှုနှင့်ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်များကို IDRP အနေဖြင့် ထုတ်ဖော်နိုင်သည့် သို့မဟုတ် မျှဝေနိုင်သည့် နောက်ထပ်အဖွဲ့အစည်းများ သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂိုလ်များကို ရွေးချယ်ပေးပါ။ ယင်းတွင် အိမ်ထောင်ဖက်၊ မိသားစုဝင်၊ ရှေ့နေ၊ အတိုင်ပင်ခံ သို့မဟုတ် အခြားပြည်နယ်၏ DMV တို့ ပါဝင်နိုင်သည်။ IDRP သည် IDRP တွင် သင်၏ စာရင်းသွင်းမှု/ပြီးမြောက်မှုကို အခြားသူတစ်ဦးနှင့် ဆွေးနွေးခြင်း သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုချက်စာမရှိဘဲ သင်၏ ပြီးမြောက်ကြောင်း အထောက်အထားစာရွက်ကို အခြားပြည်နယ်သို့ပို့ခြင်းတို့ ပြုလုပ်မည်မဟုတ်ပါ။

☐ အိမ်ထောင်ဖက်/မိသားစုဝင်/မိတ်ဆွေ (အမည်(များ)ကို ဖော်ပြရမည်)- _____

☐ ရှေ့နေ (အမည်ကို ဖော်ပြရမည်)- _____

☐ အကြံပေးပုဂ္ဂိုလ်/ကုသမှုပေးသူ- _____

☐ အခြားပုဂ္ဂိုလ်(များ)- _____

☐ Vermont ပြင်ပရှိ မော်တော်ယာဉ်ဌာန(များ)-
ပြည်နယ်- _____

လိပ်စာ- _____

ဖက်စ်/အီးမေးလ်- _____

☐ ကျွန်ုပ်သည် အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် ကျွန်ုပ်ကို ဆက်သွယ်ရန် IDRP အား ခွင့်ပြုချက်ပေးသည့်အပြင် ဤသို့ဆက်သွယ်မှုများကို လုံခြုံမှုရှိသည်ဟု သို့မဟုတ် လျှို့ဝှက်ထားသည်ဟု အာမခံချက်မပေးနိုင်သည်ကို နားလည်ပါသည်။

အီးမေးလ်လိပ်စာ- _____

ဤဖောင်ပုံစံကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် အောက်ပါတို့ကို ကျွန်ုပ် နားလည်သည်- မူးယစ်ဆေး အလွန်အကျွံသုံးစွဲမှုလူနာ မှတ်တမ်းများအား လျှို့ဝှက်ထားရှိရေး၊ 42 C.F.R. အပိုင်း 2 နှင့် 1996 ခုနှစ်၊ ကျန်းမာရေး အာမခံဆိုင်ရာ အလွယ်တကူလွှဲပြောင်းနိုင်မှုနှင့် တာဝန်ရှိမှုအက်ဥပဒေ ("HIPAA")၊ 45 C.F.R. Pts. 160 နှင့် 164 အား လွှမ်းမိုးထိန်းချုပ်ထားသည့် ဖက်ဒရယ်စည်းမျဉ်းများအောက်တွင် ကျွန်ုပ်၏ အရက် နှင့်/သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ကုသမှုမှတ်တမ်းများအား ကာကွယ်ပေးထားကြောင်းနှင့် စည်းမျဉ်းများဖြင့် တစ်နည်းနည်း ခွင့်ပြုထားလျှင် ကျွန်ုပ်၏ စာဖြင့်ရေးသားခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ၎င်းတို့ကို ထုတ်ဖော်၍မရကြောင်း။ IDRP သည် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ပေးထားမည်ဖြစ်သော်လည်း လက်ခံသူအား ပြန်လည်ဖော်ထုတ်ခွင့်ပေးထားသည့် ဤသဘောတူညီချက်အရ အချက်အလက်များအား ထုတ်ဖော်နိုင်သည့် အလားအလာရှိပါသည်။ ဤသဘောတူညီချက်ကို ခုခိုအားထားခဲ့သည့် အတိုင်းအတာအထိမှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်သည် IDRP ကို ဆက်သွယ်၍ ဤသဘောတူညီချက်ကို အချိန်မရွေး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်သည်။ ဤသဘောတူညီချက်ကို စောစီးစွာ ရုပ်သိမ်းခြင်းမရှိလျှင် ၎င်းသည် ကျွန်ုပ် ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ချိန်/လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ရရှိချိန် နှင့်/သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ ယာဉ်မောင်းနှင့်ခွင့်များကို မူလအတိုင်းပြန်ထားလိုက်ချိန်တွင် အလိုအလျောက် သက်တမ်းကုန်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် IDRP တွင် ပါဝင်ရန်အတွက် ဤဖောင်ပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးရန် မလိုအပ်သော်လည်း ဤဖောင်ပုံစံကို လက်မှတ်မထိုးပါက IDRP သည် ပရိုဂရမ်အားပြီးမြောက်ကြောင်း အချက်အလက်များကို DMV နှင့်သော်လည်းကောင်း၊ အခြားသူ/အဖွဲ့နှင့်သော်လည်းကောင်း မျှဝေနိုင်မည်မဟုတ်ပါ။

ပါဝင်သူ၏ လက်မှတ်- _____

ရက်စွဲ- _____

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: _____