

د الکول، مخدره توکو تر اغیز لاندې د موټر چلوونکو د بیارغونې پروګرام د محرمو معلوماتو خپرول

مارچ 2024

زه، _____، چې د زیریدو نیټه مې _____ / _____ / _____ ده، واک ورکوم:

- د الکول، مخدره توکو تر اغیز لاندې د موټر چلوونکو د بیارغونې پروګرام (IDRP) ته،
- د انجن لرونکو موټرو څانګې (DMV) ته،
- د تطبیق وړ Vermont ولسوالۍ یا عالي محکمې ته،
- د Vermont اصلاحي ډیپارټمنټ، د محاکمې او مشروطې آزادۍ د څانګې په شمول ته (که د پلي کیدو وړ وي)،
- د Court Diversion او/یا د تنګي ځوانانو له الکولو څخه د خوندیتوب پروګرام ته (که د پلي کیدو وړ وي)

چې زما د IDRP نوم لیکنې حقایقو، وضعیت، او زما د IDRP تعلیم/درملنې پروګرام بشپړولو په اړه د یو بل سره خبرې اترې وکړي او معلومات افشا کړي. د افشا کیدونکو معلوماتو مقدار به د هدف د پوره کولو لپاره لږترلږه اړین مقدار وي. پدې معلوماتو کې ممکن د لاندې مواردو مشخص کولو لپاره د موادو کارولو د درملنې معلومات شامل وي:

- زما د موټر چلولو امتیازاتو بیرته بحالولو لپاره اړتیاوې بشپړول، او/یا
- زما د ازموینې/ مشروطې آزادۍ شرایطو سره موافقت، او/یا
- نور: _____

مهرباني وکړئ کوم اضافي سازمانونه یا خلک وټاکئ چې بنایي IDRP ورته ستاسو د IDRP پرمختګ په اړه معلومات ښکاره یا شریک کړي. پدې کې ممکن ښځه یا خاوند، د کورنۍ غړی، وکیل، مشاور، یا د بل ایالت DMV شامل وي. IDRP به ستاسو د IDRP نوم لیکنې/ بشپړېدو په اړه له چا سره بحث ونه کړي یا پرته له لیکلې واک څخه بل ایالت ته د بشپړېدو ثبوت به نه استوي.

☐ ښځه یا خاوند/د کورنۍ غړی/ملګری (باید نومونه لیست کړئ): _____

☐ وکیل(باید نوم ولیکئ): _____

☐ مشاور/د درملنې چمتو کوونکی: _____

☐ بل کس یا کسان: _____

☐ د Vermont څخه بهر د انجن لرونکو موټرو ډیپارټمنټ یا ډیپارټمنټونه:

ایالت: _____

پته: _____

فکس/ایمیل: _____

☐ زه IDRP ته اجازه ورکوم چې ما سره د برېښنالیک له لارې اړیکه ونیسي او پوهېږم چې د دې اړیکې د خوندیتوب یا محرمیت تضمین نشي کېدی.

برېښنالیک پته: _____

د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه پوهېږم: زما د الکول او/یا د مخدره توکو درملنې ریکارډونه د فدرالي مقرراتو د موادو کارولو د اختلال د ناروغو د ریکارډونو محرمیت، د 42 C.F.R. Part 2 او د 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 ("HIPAA")، Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 قاعدو لاندې خوندي دي او زما د لیکلې رضایت پرته افشا کېدی نشي مګر یوازې دا چې د مقرراتو لخوا اجازه ورکړل شوې وي. IDRP به زما معلومات خوندي کړي مګر د دې رضایت سره سم د افشا شوي معلوماتو په اړه دا احتمال شتون لري چې د ترلاسه کوونکي لخوا بیا افشا شي. زه کولی شم دا رضایت هر وخت د IDRP سره تماس نیولو له لارې لغوه کړم، پرته له هغه حده چې مخکې پرې اعتماد شوی وه. که چېرې مخکې نه وي لغوه شوی نو دا رضایت به د ازموینې/مشروطې آزادۍ څخه زما د خوشې کېدو او/یا زما د موټر چلولو امتیازاتو بحالولو وروسته په اوتومات ډول پای ته ورسېږي. زه په IDRP کې د ګډون لپاره دا فورمه لاسلیک کولو ته اړتیا نه لرم مګر که زه دا فورمه لاسلیک نه کړم IDRP نشي کولی د پروګرام بشپړولو معلومات له DMV یا کوم بل ګوند سره شریک کړي.

نېټه: _____

دګډون کوونکي لاسلیک: _____

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: _____