



## HIV狀況披露授權

致申請人：有關您的 HIV 狀況的個人資訊已經披露給：

---

年長者服務部（Aging Services Access Point，簡稱 ASAP）

### 您享有的權利

- 您有權要求對該資訊保密。
- 如果您有資格接受家庭護理計劃（Home Care Program）服務，無論您對如何處理有關您的 HIV 狀況的資訊作出何種決定，您均有權接受服務。
- 您有權將您對有關您的 HIV 狀況的資訊分享給參與您的護理機構的願望通知 ASAP。

允許有限披露您的 HIV 狀況的**潛在利益**包括在 ASAP、護理人員及您本人之間分享資訊以及在作出適當的護理選擇決定時依據共同的資訊。

允許有限披露該資訊的**潛在風險**包括可能未經授權披露您的 HIV 狀況。

### 您的選擇

請勾選一項：

- ☐ 我不同意分享有關我的 HIV 狀況的任何資訊。
- ☐ 我授權**僅限**相關的 ASAP 僱員因安排向我提供的服務目的獲取有關我的 HIV 狀況的資訊。
- ☐ 我授權**僅限**相關的 ASAP 僱員以及負責向我提供直接護理服務的機構或設施的僱員因安排向我提供的服務目的獲取有關我的 HIV 狀況的資訊。

**請在簽名前仔細閱讀本表的内容。**您在向年長者服務部提供有關分享您的 HIV 狀況資訊的指示。

---

申請人簽名

---

日期

**致 ASAP：**如果申請人未選擇以上任何選項或選擇不在本表中簽名，有關該申請人的 HIV 狀況的資訊將得到嚴格保密。