

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI) ¹ AB 133: (نسخه 2.0)

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد _____ شماره شاخص مشتری _____
(در صورت وجود) Medi-Cal

«فرم ASCMI: AB 133 می‌تواند برای تأیید اشتراک‌گذاری داده‌ها برای افراد زیر استفاده شود:

1. افرادی که در یک طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal ثبت‌نام کرده‌اند.
2. افرادی که خدمات سلامت رفتاری را تحت پوشش Medi-Cal دریافت می‌کنند.
3. افراد درگیر در سیستم حقوقی-کیفری که واجد شرایط دریافت مزایای Medi-Cal پیش از آزادی هستند.

Medi-Cal می‌خواهد به هماهنگی خدمات سلامت و اجتماعی شما کمک کند تا بتوانید زندگی سالم‌تری داشته باشید. مراقبت و خدماتی که از طریق Medi-Cal دریافت می‌کنید توسط سازمان‌های متعددی ارائه می‌شود. در صورتی که شریک مراقبتی شما برای به‌اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان با افراد یا سازمان‌های دیگری که از آن‌ها خدمات یا مراقبت دریافت می‌کنید به رضایت شما نیاز داشته باشد، ممکن است از شما بخواهد این فرم را امضا کنید. این فرم به منظور صدور مجوز برای انتشار عمومی اطلاعات شما در مواردی که برای هماهنگی مراقبت‌های شما لازم نیست، طراحی نشده است. برای جزئیات بیشتر در مورد هدف از اشتراک‌گذاری اطلاعات و اینکه چه کسانی می‌توانند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند، لطفاً به زیر مراجعه کنید.

این فرم ASCMI:

- « توضیح می‌دهد که چه اطلاعاتی درباره شما ممکن است برای کمک به هماهنگی مراقبت‌های شما به اشتراک گذاشته شود.
- « توضیح می‌دهد که چگونه ممکن است اطلاعات شما به اشتراک گذاشته شود و مورد استفاده قرار گیرد.
- « برای به اشتراک گذاشتن انواع خاصی از اطلاعاتتان، از شما اجازه می‌گیرد. انواع اطلاعات در بخش 1.3 فرم ASCMI فهرست شده‌اند.

¹ AB 133 به لایحه شماره 133 مجلس ایالتی کالیفرنیا اشاره دارد.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASAMI) 1 AB 133: (نسخه 2.0)

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد _____ شماره شاخص مشتری _____
Medi-Cal (در صورت وجود)

اطلاعات عضو

نام عضو: _____ تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____
شماره شاخص مشتری Medi-Cal (در صورت وجود): _____
آدرس پستی، شهر/ایالت، کد پستی: _____
آدرس محل سکونت، شهر/ایالت، کد پستی (اختیاری): _____
شماره تلفن (اختیاری): _____ آدرس ایمیل (اختیاری): _____

آیا به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهید از طریق پیامک یا تماس تلفنی با شما تماس بگیرند؟ شریک مراقبتی شما ممکن است با شما تماس بگیرد تا در مورد گزینه‌های رضایت شما صحبت کند و در صورت منقضی شدن رضایت شما، به شما اطلاع دهد.⁴ لطفاً کادر مربوط به انتخاب خود را در زیر علامت بزنید:

بله (ارائه شماره تلفن در بالا الزامی است)

فقط تماس تلفنی

فقط پیامک

پیامک و تماس تلفنی

خیر

اطلاعات شریک مراقبتی

این بخش باید توسط شریک مراقبتی که از عضو فوق رضایت لازم برای افشای اطلاعات وی را دریافت می‌کند، تکمیل شود.

نام شریک مراقبتی: _____
نام سازمان: _____
شماره شناسایی ملی ارائه‌دهنده (NPI) (در صورت وجود): _____
شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN): _____
شماره تلفن: _____ شماره فکس (اختیاری): _____
آدرس پستی، شهر/ایالت، کد پستی: _____

² شماره شاخص مشتری شامل نه کاراکتر اول شماره شناسایی موجود روی کارت شناسایی مزایای عضو Medi-Cal است.
³ این می‌تواند هر آدرسی باشد که بتوانید از طریق آن نامه دریافت کنید، از جمله آدرس یک دوست، پناهگاه یا یکی از اعضای خانواده.
⁴ این کار ممکن است منجر به اعمال هزینه برای تلفن همراه شما شود.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASAMI) 133 AB: (نسخه 2.0)

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد _____ شماره شاخص مشتری _____
(در صورت وجود) Medi-Cal

بخش 1: مروری بر اشتراک‌گذاری اطلاعات شخصی شما

1.1 هدف از اشتراک‌گذاری اطلاعات

اطلاعات شخصی شما که در بخش 3.1 زیر ذکر شده است، ممکن است به دلایل زیادی از جمله موارد زیر به اشتراک گذاشته شود:

- « هماهنگی مراقبت شما. برای مثال، کمک به شما در تعیین وقت ملاقات، کمک به درخواست حمایت مسکن، یا کمک به پیدا کردن یک ارائه‌دهنده خدمات.
- « ارائه خدمات و درمان‌های پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان و اختلال مصرف مواد.
- « دریافت وجه از شرکت بیمه سلامت شما برای درمان و خدماتی که به شما ارائه شده است.
- « مرتبط کردن شما با برنامه‌ها، خدمات و منابعی که می‌توانند به بهبود سلامت و تندرستی شما کمک کنند.
- « جمع‌آوری اطلاعات به گونه‌ای که Medi-Cal بتواند به بهبود مراقبت‌های دریافتی شما کمک کند.

2.1 چه کسی می‌تواند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارد و دریافت کند

شرکای مراقبتی ممکن است اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند. شرکای مراقبتی شامل ارائه‌دهندگان خدمات و سازمان‌هایی هستند که قبلاً به آن‌ها مراجعه کرده‌اید، در حال حاضر به آن‌ها مراجعه می‌کنید، یا ممکن است در آینده به آن‌ها مراجعه کنید. این شرکای مراقبتی عبارتند از:

- « ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، از جمله پزشکان مراقبت‌های اولیه و متخصصان سلامت روان.
- « ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اختلال مصرف مواد، مانند برنامه‌های درمانی مواد افیونی و برنامه‌های درمانی اقامتی.
- « سازمان‌های جامعه محور و ارائه‌دهندگان خدمات به بی‌خانمان‌ها.
- « ارائه‌دهندگان خدمات اصلاح و تربیت و مدیران پرونده.
- « طرح‌های بیمه سلامت، شامل طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal و طرح‌های سلامت رفتاری.
- « سازمان‌های سلامت و خدمات انسانی شهرستان.
- « سازمان‌های واجد شرایط اطلاعات سلامت.
- « سازمان‌های ایالتی سلامت و خدمات انسانی.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASAMI) 1 AB 133: (نسخه 2.0)

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد _____ شماره شاخص مشتری _____
(در صورت وجود) Medi-Cal

3.1 انواع اطلاعات

چه نوع اطلاعاتی برای اشتراک‌گذاری نیاز به رضایت شما دارند؟

انواع مختلفی از اطلاعات وجود دارد که می‌توانید انتخاب کنید آنها را به اشتراک بگذارید یا نگذارید:

« اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که توسط C.F.R. 42 بخش 2 محافظت می‌شود.

« اطلاعات مسکن، شامل وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های مسکن شما.

جزئیات بیشتر در مورد این نوع اطلاعات را می‌توانید در بخش 2.1 این فرم بیابید. شما می‌توانید انتخاب کنید که آیا برای به اشتراک گذاشتن این نوع اطلاعات رضایت می‌دهید یا خیر. وقتی رضایت خود را اعلام می‌کنید، به این معنی است که اجازه می‌دهید این اطلاعات به اشتراک گذاشته شود.

برخی از شرکای مراقبتی شما می‌توانند بدون رضایت شما، از اطلاعات سلامت و خدمات اجتماعی شما استفاده کرده و آنها را برای موارد زیر با سایر شرکای مراقبتی به اشتراک بگذارند:

« ارائه خدمات درمانی به شما.

« دریافت وجه برای خدمات.

« اداره سازمان خود و هماهنگی مراقبت‌های شما.

چه نوع اطلاعاتی ممکن است بدون رضایت شما به اشتراک گذاشته شود؟

« اطلاعات پزشکی و سلامت روان.

« اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که تحت حفاظت قانون فدرال C.F.R. 42 بخش 2 قرار ندارد.

« اطلاعات بیمه سلامت.

« اطلاعات حقوقی-کیفری محدود، شامل اطلاعات رزرو، تاریخ و محل حبس و وضعیت آزادی مشروط.

اگر زندانی هستید یا اخیراً زندانی شده‌اید، شرکای مراقبتی شما می‌توانند برخی از اطلاعات حقوقی-کیفری که در بالا توضیح داده شد را به اشتراک بگذارند. آنها می‌توانند این اطلاعات را برای کمک به شما در درخواست بیمه سلامت و برقراری ارتباط شما با خدمات سلامت روان و خدمات اختلال مصرف مواد به اشتراک بگذارند. این اطلاعات را نمی‌توان برای تحقیقات، دادرسی‌ها یا پیگردهای مدنی، اداری یا کیفری، صدور حکم، اجرای احکام مهاجرتی یا دادرسی‌های خانواده استفاده کرد.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASAMI) 1 AB 133: (نسخه 2.0)

نام	نام میانی	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شاخص مشتری Medi-Cal (در صورت وجود)
-----	-----------	--------------	------------	---

بخش 2: درخواست اجازه شما

1.2 مجوزهای ویژه

دو مجوز ویژه از شما درخواست شده است:

1. اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد
2. اطلاعات شخصی مرتبط با مسکن

برای هر مجوز ویژه، «بله» یا «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کنید.

انتخاب گزینه «بله» یا «خیر / شامل من نمی‌شود» به انتخاب خود شما بستگی دارد. حتی اگر در فرم گزینه «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کنید، این موضوع تأثیری بر واجد شرایط بودن شما برای دریافت مزایا یا توانایی دریافت خدمات یا مراقبت‌های سلامت نخواهد داشت.

« اگر گزینه «خیر / شامل من نمی‌شود» را در فرم انتخاب کنید، شرکای مراقبتی شما اطلاعاتی را که برای آنها «خیر» / «شامل من نمی‌شود» انتخاب کرده‌اید، به اشتراک نخواهند گذاشت.

○ اگر تصمیم بگیرید فرم را امضا نکنید، شرکای مراقبتی شما اطلاعات ذکر شده در این بخش را به اشتراک نخواهند گذاشت.

« اگر گزینه «بله» را در فرم انتخاب کنید، شرکای مراقبتی شما می‌توانند اطلاعات مهمی در مورد شما به اشتراک بگذارند که به آنها در هماهنگی مراقبت از شما کمک خواهد کرد. همچنین به آنها کمک می‌کند تا شما را راحت‌تر به سایر خدمات متصل کنند.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASAMI) 1 AB 133: (نسخه 2.0)

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد _____ شماره شاخص مشتری _____
Medi-Cal (در صورت وجود)

1. اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد

- « برخی از اطلاعات مربوط به مصرف مواد توسط قانون فدرال 42 C.F.R. بخش 2، که معمولاً به عنوان «بخش 2» شناخته می‌شود، محافظت می‌شوند. شریک مراقبتی شما که اختلال مصرف مواد شما را درمان می‌کند، می‌تواند به شما بگوید که آیا اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما تحت پوشش قانون 42 C.F.R. بخش 2 قرار دارد یا خیر.
 - « شما می‌توانید اجازه دهید اطلاعات تشخیص یا درمان سوء مصرف مواد بخش 2 به اشتراک گذاشته شود تا ارائه‌دهندگان خدمات بتوانند شما را درمان کنند، هزینه خدمات را دریافت کنند، سازمان خود را اداره کنند و مراقبت‌های شما را هماهنگ کنند.
 - « زمانی که شما اجازه می‌دهید اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد بخش 2 شما با Medi-Cal، طرح بیمه سلامت یا یکی دیگر از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به اشتراک گذاشته شود، آن‌ها مجاز هستند این اطلاعات را برای همان اهداف ذکر شده در بند بالا با سایر شرکای مراقبتی نیز به اشتراک بگذارند. آنها همچنین ممکن است اطلاعات شما را بدون رضایت شما برای اهداف دیگری که طبق قوانین فدرال و ایالتی مجاز است، به اشتراک بگذارند. آنها نمی‌توانند این اطلاعات را برای اقدامات مدنی، کیفری، اداری و قانونی علیه شما به اشتراک بگذارند.
 - « پس از آنکه اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد بخش 2 شما مورد استفاده قرار گرفت یا به اشتراک گذاشته شد، ممکن است دیگر تحت پوشش مقررات بخش 2 نباشد یا مانند قبل از استفاده یا اشتراک‌گذاری، به همان شیوه محافظت نشود. اطلاعات مربوط به مصرف مواد شما در بخش 2 ممکن است توسط قوانین دیگری که از اطلاعات سلامت شما محافظت می‌کنند، محافظت شود.
 - « شما می‌توانید با ارائه‌دهنده خدمات اختلال مصرف مواد خود تماس بگیرید و فهرستی از شرکای مراقبتی که ارائه‌دهنده خدمات اختلال مصرف مواد بخش 2 شما اطلاعاتتان را با آنها به اشتراک گذاشته است، دریافت کنید.
- رضایت شما: من اجازه می‌دهم که ارائه‌دهندگان خدمات درمان اختلال مصرف مواد من، اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد گذشته، حال و آینده‌ام، از جمله اطلاعاتی که تحت حفاظت بخش 2 قرار دارند، را به اشتراک بگذارند.
- بله / خیر / شامل من نمی‌شود

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCFI) 1 AB 133: (نسخه 2.0)

نام نام میانی نام خانوادگی تاریخ تولد شماره شاخص مشتری
(در صورت وجود) Medi-Cal

2. اطلاعات شخصی مرتبط با مسکن

اگر به خدمات مسکن نیاز دارید، ممکن است بتوانید از طریق Coordinated Entry کمک دریافت کنید. Coordinated Entry سازمان‌های محلی هستند که به هماهنگی خدمات مسکن برای افرادی که به آنها نیاز دارند، کمک می‌کنند. این سازمان‌ها ممکن است برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به مسکن شما با سیستم‌های اطلاعات مدیریت بی‌خانمان‌ها و سایر شرکای مراقبتی، مانند ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما، به اجازه شما نیاز داشته باشند. این سیستم‌ها توسط سازمان‌های مسکن برای ارائه و هماهنگی خدمات مسکن و حمایت‌های مرتبط با مسکن مورد استفاده قرار می‌گیرند.

رضایت شما: من به ارائه‌دهنده خدمات مسکن محلی خود اجازه می‌دهم تا اطلاعات شخصی مربوط به مسکن من، از جمله وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های من را با سیستم اطلاعات مدیریت بی‌خانمان‌ها و سایر شرکای مراقبتی، مانند ارائه‌دهنده خدمات درمانی من، به اشتراک بگذارد.

بله / خیر / شامل من نمی‌شود

2.2 حقوق شما

حقوق شما چیست؟

شما حق دارید:

- « این فرم را امضا کنید.
- « این فرم را امضا نکنید.
- « یک نسخه از این فرم را دریافت کنید.
- « نظرتان را عوض کنید و اجازه‌تان را پس بگیرید.

اگر این فرم را امضا کنید، آیا می‌توانید بعداً نظرتان را تغییر دهید؟

بله، شما حق دارید نظر خود را در مورد اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان تغییر دهید، و می‌توانید این رضایت را در هر زمانی تغییر دهید یا پس بگیرید. برای تغییر یا پس گرفتن رضایت خود، با شرکای مراقبتی خود صحبت کنید. برای اعمال تغییراتی که می‌خواهید، باید یک فرم جدید ASCFI را تکمیل کنید.

- « هر تغییری که بخواهید ایجاد کنید، در روزی که فرم جدید ASCFI شما امضا شود، اعمال خواهد شد.
- « پس گرفتن رضایت شما شامل اطلاعاتی که قبلاً با رضایت شما به اشتراک گذاشته شده است، نمی‌شود.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI) 1 AB 133: (نسخه 2.0)

نام نام میانی نام خانوادگی تاریخ تولد شماره شاخص مشتری
Medi-Cal (در صورت وجود)

3.2 امضای شما

با امضای این فرم، شما موارد زیر را درک و با آن موافقت می‌کنید:

« شرکای مراقبتی شما، که در بخش 1.2 این فرم ذکر شده‌اند، می‌توانند از اطلاعات سلامت و شخصی انتخاب شده شما در بالا برای اهداف شرح داده شده در بخش 1.1 این فرم استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذارند.

« شما همچنین درک می‌کنید که وقتی اطلاعات شما به اشتراک گذاشته می‌شود، قوانین فدرال یا ایالتی ممکن است از به اشتراک گذاشتن مجدد آن اطلاعات محافظت نکنند.

رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن اطلاعاتتان تا چه مدت اعتبار دارد؟

« اگر 18 سال یا بیشتر دارید، این رضایت‌نامه از تاریخ امضای فرم به مدت یک سال اعتبار خواهد داشت.

« اگر زیر 18 سال دارید، رضایت شما از تاریخ امضای فرم به مدت یک سال معتبر خواهد بود. اگر در طول این دوره یک ساله به سن 18 سالگی برسید، یا اگر سرپرستی شما تغییر کند، باید رضایت‌نامه جدیدی ارائه دهید.

« صرف‌نظر از سن شما، در صورتی که دیگر شرایط استفاده از فرم ASCMI: AB 133 را نداشته باشید، لازم است با استفاده از فرم ASCMI: غیر AB 133 رضایت جدید خود را ارائه دهید. همچنین می‌توانید در هر زمان نظر خود را تغییر داده و با ارائه درخواست کتبی و استفاده از فرم لغو ASCMI، رضایت خود را پس بگیرید.

نام عضو	امضای عضو	تاریخ (ماه/روز/سال)
نام والدین/سرپرست/نماینده قانونی	امضای والدین/سرپرست/نماینده قانونی	تاریخ (ماه/روز/سال)