

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCFI) फॉर्म: AB 133¹ (संस्करण 2.0)

पहला नाम

मध्य नाम

उपनाम

जन्म की तारीख

Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स
नंबर (यदि लागू हो)

“ASCFI फॉर्म: AB 133” का उपयोग निम्नलिखित व्यक्तियों के लिए डेटा शेयर करने को अधिकृत करने के लिए किया जा सकता है:

1. Medi-Cal प्रबंधित देखभाल योजना में नामांकित व्यक्ति।
2. Medi-Cal के अंतर्गत व्यवहारिक स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करने वाले व्यक्ति।
3. आपराधिक कानूनी प्रणाली में शामिल व्यक्ति जो रिहाई-पूर्व Medi-Cal लाभों के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं।

Medi-Cal आपके स्वास्थ्य और सामाजिक सेवाओं के समन्वय में मदद करना चाहता है ताकि आप एक स्वस्थ जीवन जी सकें। Medi-Cal के ज़रिये आपको मिलने वाली देखभाल और सेवाएँ कई संगठनों द्वारा प्रदान की जाती हैं। आपका केयर पार्टनर आपसे फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कह सकता है, जब उन्हें आपकी जानकारी अन्य लोगों या संगठनों के साथ शेयर करने के लिए आपकी सहमति की आवश्यकता होगी, जिनसे आप देखभाल या सेवाएँ प्राप्त कर रहे हैं। इस फॉर्म का उद्देश्य आपकी जानकारी को सामान्य रूप से जारी करने को अधिकृत करना नहीं है, जब आपकी देखभाल के समन्वय के लिए इसकी आवश्यकता न हो। कृपया सूचना शेयर करने के उद्देश्य तथा आपकी सूचना कौन शेयर कर सकता है और प्राप्त कर सकता है, इस बारे में अधिक जानकारी के लिए नीचे देखें।

यह ASCFI फॉर्म:

- » बताएगा कि आपकी देखभाल में समन्वय स्थापित करने के लिए आपके बारे में कौन सी जानकारी शेयर की जा सकती है।
- » बताएगा कि आपकी जानकारी किस प्रकार शेयर और उपयोग की जा सकती है।
- » आपकी कुछ प्रकार की जानकारी शेयर करने के लिए आपकी अनुमति मांगेंगा। जानकारी के प्रकार ASCFI फॉर्म के अनुभाग 1.3 में सूचीबद्ध हैं।

¹ AB 133 कैलिफोर्निया विधानसभा विधेयक 133 को संदर्भित करता है।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCFI) फॉर्म: AB 133 (संस्करण 2.0)

पहला नाम

मध्य नाम

उपनाम

जन्म की तारीख

Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स
नंबर (यदि लागू हो)**सदस्य जानकारी**

सदस्य का नाम: _____ जन्म की तारीख (महीना/दिन/साल) _____

Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स नंबर (जैसा लागू हो)²: _____डाक पता, शहर/राज्य, ज़िप कोड³: _____

आवासीय पता, शहर/राज्य, ज़िप कोड (वैकल्पिक): _____

फोन नंबर (वैकल्पिक): _____ ई-मेल पता (वैकल्पिक): _____

क्या आप अपने केयर पार्टनर्स को आपसे टेक्स्ट या फोन कॉल के ज़रिए संपर्क करने की अनुमति देते हैं? आपका केयर पार्टनर आपकी सहमति के विकल्पों के बारे में बात करने और आपकी सहमति की अवधि समाप्त होने पर आपको सूचित करने के लिए आपसे संपर्क कर सकता है।⁴ कृपया नीचे दिए गए अपने विकल्प वाले बॉक्स पर निशान लगाएँ:

हाँ (ऊपर फोन नंबर अवश्य दें)

टेक्स्ट और फोन कॉल

केवल टेक्स्ट

केवल फोन कॉल

नहीं

केयर पार्टनर की जानकारी

यह कार्य केयर पार्टनर द्वारा उपरोक्त सदस्य से उनकी जानकारी प्रकट करने के लिए सहमति प्राप्त करके पूरा किया जाना चाहिए।

केयर पार्टनर का नाम: _____

संस्था का नाम: _____

राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI) संख्या (जैसा लागू हो): _____

टैक्सदाता पहचान संख्या (TIN): _____

फोन नंबर: _____ फैक्स नंबर (वैकल्पिक): _____

डाक पता, शहर/राज्य, ज़िप कोड: _____

² क्लाइंट इंडेक्स नंबर, Medi-Cal सदस्य के लाभ पहचान कार्ड के सामने स्थित पहचान संख्या के पहले नौ अक्षर हैं।³ यह कोई भी पता हो सकता है जहाँ आप डाक प्राप्त कर सकते हैं, जिसमें किसी मित्र, आश्रय या परिवार के सदस्य का पता भी शामिल हो सकता है।⁴ इसके परिणामस्वरूप आपका सेल फोन चार्ज हो सकता है।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCFI) फॉर्म: AB 133 (संस्करण 2.0)

पहला नाम	मध्य नाम	उपनाम	जन्म की तारीख	Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स नंबर (यदि लागू हो)
----------	----------	-------	---------------	---

अनुभाग 1: आपकी व्यक्तिगत जानकारी शेयर करने का अवलोकन

1.1 जानकारी-शेयर करने का उद्देश्य

नीचे अनुभाग 1.3 में सूचीबद्ध आपकी व्यक्तिगत जानकारी कई कारणों से शेयर की जा सकती है, जिनमें शामिल हैं:

- » आपकी देखभाल का समन्वय करना। उदाहरण के लिए, आपको अपॉइंटमेंट निर्धारित करने में मदद करना, आवास सहायता का अनुरोध करने में मदद करना, या प्रदाता ढूँढ़ने में आपकी मदद करना।
- » आपको चिकित्सा, दंत चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य और नशीले पदार्थ के उपयोग संबंधी विकार का उपचार और सेवाएँ प्रदान करना।
- » आपको प्रदान किए गए उपचार और सेवाओं के लिए अपने स्वास्थ्य बीमा वाहक से भुगतान प्राप्त करना।
- » आपको ऐसे प्रोग्रामों, सेवाओं और संसाधनों से जोड़ना जो आपके स्वास्थ्य और कल्याण को बेहतर बनाने में मदद कर सकते हैं।
- » जानकारी एकत्रित करना ताकि Medi-Cal आपको प्राप्त हो रही देखभाल को बेहतर बनाने में मदद कर सके।

1.2 आपकी जानकारी कौन शेयर और प्राप्त कर सकता है

केयर पार्टनर्स आपकी जानकारी शेयर और प्राप्त कर सकते हैं। केयर पार्टनर्स वे प्रदाता और संगठन हैं जिनसे आप पहले भी मिले हैं, अभी मिल रहे हैं, या भविष्य में मिल सकते हैं। इन केयर पार्टनर्स में शामिल हैं:

- » स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, जिनमें प्राथमिक देखभाल चिकित्सक और मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ शामिल हैं।
- » नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार के प्रदाता, जैसे कि ओपिओइड उपचार प्रोग्राम और आवासीय उपचार प्रोग्राम।
- » समुदाय-आधारित संगठन और बेघर सेवा प्रदाता।
- » सुधारात्मक सुविधा प्रदाता और केस प्रबंधक।
- » स्वास्थ्य बीमा प्लैन, जिनमें Medi-Cal प्रबंधित देखभाल प्लैन और व्यवहारिक स्वास्थ्य प्लैन शामिल हैं।
- » काउंटी स्वास्थ्य और मानव सेवा एजेंसियाँ।
- » योग्य स्वास्थ्य सूचना संगठन।
- » राज्य स्वास्थ्य एवं मानव सेवा एजेंसियाँ।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCFI) फॉर्म: AB 133 (संस्करण 2.0)

पहला नाम	मध्य नाम	उपनाम	जन्म की तारीख	Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स नंबर (यदि लागू हो)
----------	----------	-------	---------------	--

1.3 जानकारी के प्रकार

किस प्रकार की जानकारी शेयर करने के लिए आपकी सहमति की आवश्यकता होती है?

कुछ प्रकार की जानकारी ऐसी होती है जिसे आप शेयर करना या न करना चुन सकते हैं:

- » नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित जानकारी जो 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित है।
- » आवास संबंधी जानकारी, जिसमें आपकी आवास स्थिति, इतिहास और आवास सहायता शामिल है।

इस प्रकार की जानकारी के बारे में अधिक विवरण इस फॉर्म के अनुभाग 2.1 में देखा जा सकता है। आप चुन सकते हैं कि इस प्रकार की जानकारी शेयर करने के लिए आपको अपनी सहमति देनी है या नहीं। जब आप अपनी सहमति देते हैं, तो इसका मतलब है कि आप इस जानकारी को शेयर करने की अनुमति दे रहे हैं।

आपके कुछ केयर पार्टनर्स आपकी सहमति के बिना, आपकी स्वास्थ्य और सामाजिक सेवाओं की कुछ जानकारी का उपयोग और अन्य केयर पार्टनर्स के साथ शेयर कर सकते हैं:

- » आपका इलाज करने।
- » सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त करने।
- » उनके संगठन का संचालन करने और अपनी देखभाल का समन्वय करने।

आपकी सहमति के बिना किस प्रकार की जानकारी शेयर की जा सकती है?

- » चिकित्सा एवं मानसिक स्वास्थ्य जानकारी।
- » नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार संबंधी जानकारी जो संघीय कानून 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित नहीं है।
- » स्वास्थ्य बीमा जानकारी।
- » सीमित आपराधिक कानूनी जानकारी, जिसमें बुर्किंग डेटा, कारावास की तारीखें और स्थान, तथा पैरोल की स्थिति शामिल है।

अगर आप जेल में बंद हैं, या हाल ही में जेल गए थे, तो आपके केयर पार्टनर्स ऊपर वर्णित कुछ आपराधिक कानूनी जानकारी शेयर कर सकते हैं। वे उस जानकारी को आपके साथ शेयर कर सकते हैं, जिससे आपको स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन करने में मदद मिलेगी और आपको मानसिक स्वास्थ्य और नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार सेवाओं से जोड़ा जा सकेगा। इस सूचना का उपयोग सिविल, प्रशासनिक या आपराधिक जांच, कार्यवाही या अभियोजन, सजा, आत्रजन प्रवर्तन या पारिवारिक न्यायालय की कार्यवाही के लिए नहीं किया जा सकता है।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCFI) फॉर्म: AB 133 (संस्करण 2.0)

पहला नाम

मध्य नाम

उपनाम

जन्म की तारीख

Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स
नंबर (यदि लागू हो)

अनुभाग 2: आपकी अनुमति के लिए अनुरोध

2.1 विशेष अनुमतियाँ

आपसे दो विशेष अनुमतियाँ मांगी जा रही हैं:

1. नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी
2. आवास-संबंधी व्यक्तिगत जानकारी

प्रत्येक विशेष अनुमति के लिए “हाँ” या “नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता” चुनें

“हाँ” या “नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता” का चयन करना आपकी पसंद है। अगर आप फॉर्म पर “नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता” का चयन करते हैं, तो भी इससे लाभों के लिए आपकी पात्रता या स्वास्थ्य देखभाल या सेवाएँ प्राप्त करने की आपकी क्षमता में कोई बदलाव नहीं आएगा।

- » अगर आप फॉर्म पर “नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता” चुनते हैं, तो आपके केयर पार्टनर्स उस जानकारी को शेयर नहीं करेंगे जिसके लिए आपने “नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता” चुना था।
 - अगर आप फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करना चुनते हैं, तो आपके केयर पार्टनर्स इस अनुभाग में वर्णित जानकारी शेयर नहीं करेंगे।
- » अगर आप फॉर्म पर “हाँ” चुनते हैं, तो आपके केयर पार्टनर्स आपके बारे में महत्वपूर्ण जानकारी शेयर कर सकते हैं जो उन्हें आपकी देखभाल का समन्वय करने में मदद करेगी। इससे उन्हें आपको अन्य सेवाओं से आसानी से जोड़ने में भी मदद मिलेगी।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCFI) फॉर्म: AB 133 (संस्करण 2.0)

पहला नाम

मध्य नाम

उपनाम

जन्म की तारीख

Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स
नंबर (यदि लागू हो)

1. नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित जानकारी

- » नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित कुछ जानकारी संघीय कानून 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित है, जिसे आमतौर पर "भाग 2" कहा जाता है। नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार का उपचार करने वाला आपका केयर पार्टनर आपको बता सकता है कि क्या आपके नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित है।
- » आप भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार के निदान या उपचार जानकारी शेयर करने की अनुमति दे सकते हैं ताकि प्रदाता आपका इलाज कर सकें, सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त कर सकें, अपने संगठन का संचालन कर सकें और आपकी देखभाल का समन्वय कर सकें।
- » जब आप अपने भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी जानकारी को Medi-Cal, अपने स्वास्थ्य प्लैन, या किसी अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ शेयर करने की अनुमति देते हैं, तो उन्हें उस जानकारी को अन्य केयर पार्टनर्स के साथ उपरोक्त बुलेट में बताए गए समान उद्देश्यों के लिए शेयर करने की अनुमति होती है। वे आपकी सहमति के बिना आपकी जानकारी को अन्य प्रयोजनों के लिए भी शेयर कर सकते हैं, जिनकी संघीय और राज्य कानून के तहत अनुमति है। वे आपके विरुद्ध दीवानी, आपराधिक, प्रशासनिक और विधायी कार्यवाही के लिए यह जानकारी शेयर नहीं कर सकते।
- » एक बार जब आपकी भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी जानकारी का उपयोग या शेयर कर दिया जाता है, तो हो सकता है कि वह भाग 2 द्वारा संरक्षित न रहे या उसी तरह संरक्षित न रहे जैसे कि उपयोग या शेयर किए जाने से पहले थी। इसके बजाय, आपकी भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी जानकारी को अन्य कानूनों द्वारा संरक्षित किया जा सकता है जो आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी की रक्षा करते हैं।
- » आप अपने नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार के प्रदाता से संपर्क करके उन केयर पार्टनर्स की सूची प्राप्त कर सकते हैं जिनके साथ आपके भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार प्रदाता ने आपकी जानकारी शेयर की है।

आपकी सहमति: मैं अपने नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार के उपचार प्रदाताओं को मेरे अतीत, वर्तमान और भविष्य के नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित जानकारी को शेयर करने की अनुमति देता/ती हूँ, जिसमें भाग 2 द्वारा संरक्षित जानकारी भी शामिल है।

हाँ

नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: AB 133 (संस्करण 2.0)

पहला नाम मध्य नाम उपनाम जन्म की तारीख Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स नंबर (यदि लागू हो)

2. आवास-संबंधी व्यक्तिगत जानकारी

अगर आपको आवास सेवाओं की आवश्यकता है, तो आप समन्वित प्रवेश के जरिये सहायता प्राप्त कर सकते हैं। समन्वित प्रवेश वह स्थानीय संगठन हैं जो जरूरतमंद लोगों के लिए आवास सेवाओं का समन्वय करने में मदद करते हैं। इन संगठनों को आपकी आवास-संबंधी जानकारी को बेघर प्रबंधन सूचना प्रणाली और अन्य केयर पार्टनर्स, जैसे कि आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, के साथ शेयर करने के लिए आपकी अनुमति की आवश्यकता हो सकती है। इन प्रणालियों का उपयोग आवास संगठनों द्वारा आवास और आवास सहायता सेवाएँ प्रदान करने और समन्वय करने के लिए किया जाता है।

आपकी सहमति: मैं अपने स्थानीय आवास प्रदाता को मेरे आवास से संबंधित व्यक्तिगत जानकारी, जिसमें मेरी आवास स्थिति, इतिहास और सहायता शामिल है, को अपने बेघर प्रबंधन सूचना प्रणाली और अन्य केरार पार्टनर्स, जैसे कि मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ शेयर करने की अनुमति देता/ती हूँ।

हाँ नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता

2.2 आपके अधिकार

आपके अधिकार क्या हैं?

आपको ये अधिकार प्राप्त हैं:

- » इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करें।
 - » इस फॉर्म पर हस्ताक्षर न करें।
 - » इस फॉर्म की एक कॉपी प्राप्त करें।
 - » अपना विचार बदल लें और अपनी अनुमति वापस ले लें।

अगर आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करते हैं, तो क्या आप बाद में अपना विचार बदल सकते हैं?

हाँ, आपको अपनी जानकारी शेयर करने के बारे में अपना विचार बदलने का अधिकार है, और आप किसी भी समय इस सहमति को बदल सकते हैं या वापस ले सकते हैं। अपनी सहमति बदलने या वापस लेने के लिए अपने केयर पार्टनर्स से बात करें। आपको अपने इच्छित परिवर्तनों के साथ एक नया ASCMI फॉर्म भरना होगा।

- » आप जो भी परिवर्तन करना चाहेंगे, वह आपके नए ASCMI फॉर्म पर हस्ताक्षर होने के दिन से ही लागू होगा।
 - » आपकी सहमति वापस लेना उस जानकारी पर लागू नहीं होगा जो पहले आपकी सहमति से शेयर की गई थी।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCFI) फॉर्म: AB 133 (संस्करण 2.0)

पहला नाम	मध्य नाम	उपनाम	जन्म की तारीख	Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स नंबर (यदि लागू हो)
----------	----------	-------	---------------	---

2.3 आपके हस्ताक्षर

इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, आप समझते हैं और सहमत हैं कि:

- » इस फॉर्म के अनुभाग 1.2 में सूचीबद्ध आपके केयर पार्टनर, इस फॉर्म के अनुभाग 1.1 में वर्णित उद्देश्यों के लिए आपके द्वारा ऊपर चुनी गई स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी का उपयोग और शेयर कर सकते हैं।
- » आप यह भी समझते हैं कि जब आपकी जानकारी शेयर की जाती है, तो संघीय या राज्य कानून उस जानकारी को दोबारा आगे शेयर करने से सुरक्षा नहीं कर सकता है।

आपकी जानकारी शेयर करने की सहमति कितने समय तक बनी रहती है?

- » अगर आपकी आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है, तो यह सहमति आपके द्वारा फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख से एक वर्ष तक मान्य रहेगी।
- » अगर आपकी आयु 18 वर्ष से कम है, तो आपकी सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख से एक वर्ष तक मान्य रहेगी। अगर आप 18 वर्ष के हो जाते हैं, या इस एक वर्ष की अवधि के दौरान आपकी संरक्षकता बदल जाती है, तो आपको नई सहमति प्रदान करनी होगी।
- » आपकी आयु चाहे जो भी हो, आपको ASCMI फॉर्म का उपयोग करके नई सहमति प्रदान करनी होगी: गैर-AB 133 अगर आप अब ASCMI फॉर्म का उपयोग करने के मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं: AB 133. आप अपना विचार बदल सकते हैं और ASCMI रद्द करने के फॉर्म का उपयोग करके किसी भी समय लिखित रूप में अपनी सहमति वापस ले सकते हैं।

सदस्य का नाम	सदस्य के हस्ताक्षर	तारीख (महीना / दिन / साल)
माता-पिता/अभिभावक/कानूनी प्रतिनिधि का नाम	माता-पिता/अभिभावक/कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख (महीना / दिन / साल)