

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASDMI): AB 133 ¹ (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) _____

"ແບບຟອມ ASDMI: AB 133" ສາມາດໃຊ້ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສໍາລັບບຸກຄົນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ບຸກຄົນທີ່ລົງທະບຽນໃນແຜນການດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຂອງ Medi-Cal.
2. ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບບໍລິການສຸຂະພາບທາງດ້ານພຶດຕິກຳພາຍໃຕ້ Medi-Cal.
3. ບຸກຄົນທີ່ມີການກະທຳຜິດໃນຄະດີອາຍາຕາມລະບົບກົດໝາຍອາຍາທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດກ່ອນການອອກສິດປະໂຫຍດ Medi-Cal.

Medi-Cal ຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະສານງານບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ສັງຄົມຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີຊີວິດທີ່ມີສຸຂະພາບດີ. ການດູແລແລະບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຜ່ານ Medi-Cal ແມ່ນສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງກອນຫຼາຍແຫ່ງ. ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານເຊັນແບບຟອມເມື່ອເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຍິນຍອມຈາກທ່ານໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກັບບຸກຄົນອື່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລ ຫຼື ບໍລິການ. ແບບຟອມນີ້ບໍ່ໄດ້ມີຈຸດປະສົງເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍທົ່ວໄປເມື່ອບໍ່ຈຳເປັນສໍາລັບການປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ. ກະລຸນາເບິ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສໍາລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຈຸດປະສົງຂອງການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນແລະຜູ້ທີ່ສາມາດແບ່ງປັນແລະຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄດ້.

ແບບຟອມ ASDMI ນີ້ຈະ:

- » ອະທິບາຍວ່າຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນເພື່ອຊ່ວຍປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.
- » ອະທິບາຍວ່າຂໍ້ມູນໃດກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນແລະໃຊ້ງານແນວໃດ.
- » ຂໍອະນຸຍາດຈາກທ່ານເພື່ອແບ່ງປັນຂໍ້ມູນບາງປະເພດຂອງທ່ານ. ປະເພດຂອງຂໍ້ມູນແມ່ນລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນ 1.3 ຂອງແບບຟອມ ASDMI.

¹ AB 133 ອ້າງອີງ California Assembly Bill 133.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) _____

ຂໍ້ມູນສະມາຊິກ

ຊື່ສະມາຊິກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ບບບບ): _____

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)²: _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ³: _____

ທີ່ຢູ່ອາໄສເລກທີ່, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ເບີໂທລະສັບ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____ ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານຕິດຕໍ່ທ່ານຜ່ານຂໍ້ຄວາມສັ້ນ ຫຼື ທາງໂທລະສັບບໍ່? ໃນການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານ ແລະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານໝົດອາຍຸແລ້ວ ຫຼື ບໍ່.⁴ ກະລຸນາເຮັດເຄື່ອງໝາຍໃນກ່ອງທີ່ທ່ານເລືອກຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ແມ່ນ (ຕ້ອງລະບຸເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ)

ຂໍ້ຄວາມສັ້ນ ແລະ ທາງໂທລະສັບ

ຂໍ້ຄວາມສັ້ນເທົ່ານັ້ນ

ທາງໂທລະສັບເທົ່ານັ້ນ

ບໍ່ແມ່ນ

ຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາ

ຄວນດຳເນີນການນີ້ໂດຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມຈາກສະມາຊິກຂ້າງເທິງໃນການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ຊື່ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາ: _____

ຊື່ອີງກອນ: _____

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລະດັບຊາດ (NPI) (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): _____

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍພາສີ (TIN): _____

ເບີໂທລະສັບ: _____ ເບີແຟັກ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ: _____

² ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າແມ່ນເກົ່າຕົວອທຳອິດຂອງໝາຍເລກປະຈຳຕົວທີ່ຢູ່ດ້ານໜ້າຂອງບັດສົດປະໂຫຍດປະຈຳຕົວຂອງສະມາຊິກ Medi-Cal.

³ ອາດເປັນທີ່ຢູ່ໃດກໍໄດ້ທີ່ທ່ານສາມາດຮັບຈົດໝາຍໄດ້ ລວມທັງທີ່ຢູ່ຂອງໝູ່ເພື່ອນ, ທີ່ສະຖານພັກພັງ ຫຼືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.

⁴ ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການຮຽກເກັບເງິນຄ່າບໍລິການໂທລະສັບມືຖືຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) _____

ພາກສ່ວນທີ 1. ພາບລວມຂອງການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ

1.1 ຈຸດປະສົງໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນ

ອາດຈະມີການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.3 ຂ້າງລຸ່ມນີ້ດ້ວຍເຫດຜົນຫຼາຍຢ່າງ ລວມທັງ:

- » ການປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ ການຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານເຮັດການນັດໝາຍ, ຊ່ວຍທ່ານຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາຜູ້ປິ່ນປົວ.
- » ການໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດ, ທັນຕະກຳ, ສຸຂະພາບຈິດ ແລະບຳບັດຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ.
- » ການໄດ້ຮັບເງິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພຂອງທ່ານສຳລັບການປິ່ນປົວແລະການບໍລິການທີ່ມອບໃຫ້ທ່ານ.
- » ການເຊື່ອມໂຍງທ່ານກັບບັນດາໂຄງການ, ການບໍລິການ ແລະຊັບພະຍາກອນຕ່າງໆທີ່ສາມາດຊ່ວຍປັບປຸງສຸຂະພາບ ແລະສຸຂະພາວະຂອງທ່ານ.
- » ການເກັບກຳຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ Medi-Cal ສາມາດຊ່ວຍປັບປຸງການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

1.2 ບຸກຄົນໃດສາມາດແບ່ງປັນ ແລະຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄດ້

ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາອາດຈະແບ່ງປັນແລະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ. ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລຮັກສາ ແລະອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ທ່ານເຄີຍພົບມາກ່ອນ, ກຳລັງໄປພົບໃນປັດຈຸບັນ ຫຼືອາດຈະໄປພົບໃນອະນາຄົດ. ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາເຫຼົ່ານີ້ປະກອບດ້ວຍ:

- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ລວມທັງແພດຕົ້ນຕໍທີ່ໃຫ້ການດູແລ ແລະຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານສຸຂະພາບຈິດ.
- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ ເຊັ່ນ ໂຄງການປິ່ນປົວການຕິດຜິ່ນ ແລະໂຄງການການປິ່ນປົວຄົນໄຂ້ໃນຂອງສະຖານພະຍາບານ.
- » ອົງການຈັດຕັ້ງໃນຊຸມຊົນ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ.
- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນຄ້າຍດັດສ້າງ ແລະຜູ້ຈັດການກໍລະນີ.
- » ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ລວມທັງແຜນການດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຂອງ Medi-Cal ແລະແຜນສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ.
- » ໜ່ວຍງານສາທາລະນະສຸກ ແລະບໍລິການມະນຸດຂອງເຄົາຕີ້
- » ໜ່ວຍງານຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດ.
- » ໜ່ວຍງານສາທາລະນະສຸກ ແລະການບໍລິການມະນຸດຂອງລັດ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) _____

1.3 ປະເພດຂອງຂໍ້ມູນ

ຂໍ້ມູນປະເພດໃດແດ່ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມຈາກທ່ານໃນການແບ່ງປັນ?

ມີຂໍ້ມູນບາງປະເພດທີ່ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະແບ່ງປັນ ຫຼື ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ແບ່ງປັນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ່ 2.
- » ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະພາບທີ່ຢູ່ອາໄສ, ປະຫວັດ, ແລະການສະໜັບສະໜູນດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນແຕ່ລະປະເພດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງສາມາດພົບໄດ້ໃນພາກສ່ວນທີ່ 2.1 ຂອງແບບຟອມນີ້. ທ່ານສາມາດເລືອກໄດ້ວ່າຈະໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນປະເພດເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ບໍ່. ເມື່ອທ່ານໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມ ນັ້ນ ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງອະນຸຍາດໃຫ້ມີການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້.

ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານບາງລາຍສາມາດໃຊ້ ແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະສັງຄົມບາງຢ່າງຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມຈາກທ່ານເພື່ອ:

- » ປິ່ນປົວທ່ານ.
- » ໄດ້ຮັບເງິນຄ່າບໍລິການ.
- » ດຳເນີນອົງການຈັດຕັ້ງຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນປະເພດໃດແດ່ທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນ ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມຈາກທ່ານ?

- » ຂໍ້ມູນທາງການແພດແລະສຸຂະພາບຈິດ.
- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ່ 2.
- » ຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ
- » ຂໍ້ມູນທາງກົດໝາຍທາງອາຍາທີ່ຈຳກັດ ລວມທັງຂໍ້ມູນການເຮັດປະຫວັດອາຊະຍາກຳ, ວັນທີແລະສະຖານທີ່ຄຸມຂັງ ແລະສະຖານະການປ່ອຍຕົວໃຫ້ຜົນໂທດກ່ອນກຳນົດ.

ຖ້າທ່ານຖືກຄຸມຂັງ ຫຼືຖືກຄຸມຂັງເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທາງກົດໝາຍອາຍາບາງຢ່າງທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ. ເຂົາເຈົ້າສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານສະໜັບສະໜູນກັບປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ເຊື່ອມໂຍງທ່ານກັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ບໍລິການຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ. ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວບໍ່ສາມາດໃຊ້ເພື່ອການສືບສວນທາງແພ່ງ, ທາງປົກຄອງ ຫຼືທາງອາຍາ, ການດຳເນີນຄະດີ, ຫຼືການຮ້ອງຟ້ອງ, ການຕັດສິນລົງໂທດ, ການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍຄົນເຂົ້າເມືອງ ຫຼືການດຳເນີນຄະດີໃນສານຄອບຄົວ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) _____

ພາກສ່ວນທີ 2. ຄໍາຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ

2.1 ການອະນຸຍາດພິເສດ

ມີການຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດພິເສດຈາກທ່ານສອງຢ່າງ:

1. ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ
2. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ

ເລືອກຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ສໍາລັບການອະນຸຍາດພິເສດແຕ່ລະລາຍການ

ການເລືອກຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ແມ່ນຕົວເລືອກຂອງທ່ານ. ຖ້າແມ່ນວ່າທ່ານຈະເລືອກຄໍາຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ" ໃນແບບຟອມ ແຕ່ຈະບໍ່ເປັນການປ່ຽນແປງການມີສິດໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດ ຫຼື ຄວາມສາມາດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍລິການ

- » ຖ້າທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ໃນແບບຟອມ ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ."
 - o ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມ ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກສ່ວນນີ້.
- » ຖ້າທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ໃນແບບຟອມ ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານໄດ້. ແບບຟອມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າເຊື່ອມໂຍງທ່ານກັບການບໍລິການອື່ນໆໄດ້ງ່າຍຂຶ້ນເຊັ່ນກັນ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

1. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ

- » ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງກ່ຽວກັບການໃຊ້ສານເສບຕິດໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2, ໂດຍທົ່ວໄປເອີ້ນວ່າ "ພາກສ່ວນທີ 2." ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານທີ່ປຶ້ນບົວຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານສາມາດແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການວິນິດໄສ ຫຼືການປຶ້ນບົວການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງພາກສ່ວນທີ 2 ເພື່ອໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສາມາດປຶ້ນບົວທ່ານ, ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນສໍາລັບການບໍລິການ, ດໍາເນີນການອົງການຈັດຕັ້ງຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.
- » ເມື່ອທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານກັບ Medi-Cal, ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ໝາຍຄວາມວ່າເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນກັບຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາອື່ນໆ ເພື່ອຈຸດປະສົງດຽວກັນກັບທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ຂ້າງເທິງ. ເຂົາເຈົ້າອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງແລະຂອງລັດ. ເຂົາເຈົ້າບໍ່ສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອການດໍາເນີນຄະດີທາງແພ່ງ, ຄະດີອາຍາ, ຄະດີປົກຄອງ ແລະທາງນິຕິບັນຍັດກັບທ່ານໄດ້.
- » ເມື່ອຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານໄດ້ຖືກນໍາໃຊ້ ຫຼືແບ່ງປັນແລ້ວ ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກສ່ວນທີ 2 ໃນລັກສະນະດຽວກັນກັບທີ່ເຄີຍເປັນກ່ອນທີ່ຈະຖືກນໍາໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງປັນ. ຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- » ທ່ານສາມາດຮັບລາຍຊື່ຂອງຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານໄດ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍການຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານ. .

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປຶ້ນບົວຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນອະດີດ, ປັດຈຸບັນ ແລະອະນາຄົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກສ່ວນທີ 2.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) _____

2. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ ທ່ານອາດຈະສາມາດຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍອີງການ Coordinated Entry. ອີງການ Coordinated Entry ແມ່ນອີງການຈັດຕັ້ງທ້ອງຖິ່ນທີ່ຊ່ວຍປະສານງານການບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສສໍາລັບຜູ້ທີ່ຈໍາເປັນ. ອີງການຈັດຕັ້ງເຫຼົ່ານີ້ອາດຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກທ່ານເພື່ອແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານກັບລະບົບຂໍ້ມູນ Homeless Management Information Systems ແລະຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາອື່ນໆ ເຊັ່ນ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ລະບົບເຫຼົ່ານີ້ໃຊ້ໂດຍອີງການຈັດຕັ້ງດ້ານການເຄື່ອນຍ້າຍເພື່ອຈັດຫາ ແລະ ປະສານງານບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສແລະບໍລິການສະໜັບສະໜູນດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ.

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ປະຫວັດ, ແລະການສະໜັບສະໜູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບ Homeless Management Information System ແລະຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອື່ນໆ ເຊັ່ນ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ _____ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ _____

2.2 ສິດທິຕ່າງໆຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິຫຍັງແດ່?

ທ່ານມີສິດທິຈະ:

- » ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້.
- » ບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້.
- » ໄດ້ຮັບສໍາເນົາແບບຟອມນີ້.
- » ປ່ຽນໃຈ ແລະເພີກຖອນຄວາມຍິນຍອມ.

ຖ້າທ່ານລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້ ທ່ານສາມາດປ່ຽນໃຈໃນພາຍຫຼັງໄດ້ບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ ທ່ານມີສິດທິຈະປ່ຽນໃຈກ່ຽວກັບການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ ແລະທ່ານສາມາດປ່ຽນແປງ ຫຼື ເພີກຖອນຄວາມຍິນຍອມນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າຕ້ອງການປ່ຽນແປງ ຫຼື ເພີກຖອນຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ ໃຫ້ປຶກສາຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດກອກແບບຟອມ ASCMI ໃໝ່ ໂດຍແກ້ໄຂຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້.

- » ການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ທ່ານຕ້ອງການເຮັດຈະເກີດຂຶ້ນໃນວັນທີ່ແບບຟອມ ASCMI ໃໝ່ຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການລົງນາມ.
- » ການເພີກຖອນຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ແບ່ງປັນດ້ວຍຄວາມຍິນຍອມກ່ອນໜ້ານີ້.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) _____

2.3 ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ

ໂດຍການລົງນາມແບບຟອມນີ້ ທ່ານເຂົ້າໃຈ ແລະຕົກລົງເຫັນດີວ່າ:

- » ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.2 ຂອງແບບຟອມນີ້ ອາດຈະໃຊ້ ແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ແລະຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງ ເພື່ອຈຸດປະສົງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.1 ຂອງແບບຟອມນີ້.
- » ທ່ານເຂົ້າໃຈເຊັ່ນກັນວ່າເມື່ອຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຖືກແບ່ງປັນ ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ຫຼືຂອງລັດອາດຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວທີ່ມີການແບ່ງປັນຊ້ຳອີກ.

ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານມີອາຍຸດົນບານໃດ?

- » ຖ້າທ່ານມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຄວາມຍິນຍອມນີ້ຈະມີອາຍຸໜຶ່ງປີນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມ.
- » ຖ້າທ່ານມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານຈະມີອາຍຸໜຶ່ງປີນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມ. ຖ້າທ່ານມີອາຍຸ 18 ປີ ຫຼື ຖ້າມີການປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບຜູ້ປົກຄອງຂອງທ່ານໃນຊ່ວງໄລຍະໜຶ່ງປີນີ້ ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມສະບັບໃໝ່.
- » ໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງອາຍຸຂອງທ່ານ ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃໝ່ໂດຍໃຊ້ແບບຟອມ ASCMI: Non-AB 133 ຖ້າທ່ານບໍ່ມີອຸນສົມບັດຕາມເກນໃນການໃຊ້ແບບຟອມ ASCMI: AB 133. ນອກຈາກນັ້ນ ທ່ານຍັງສາມາດປ່ຽນໃຈເພິກຖອນຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາເປັນລາຍລັກອັກສອນ ໂດຍໃຊ້ແບບຟອມ ASCMI Revocation Form.

ຊື່ສະມາຊິກ	ລາຍເຊັນສະມາຊິກ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບປປ)
ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງກົດໝາຍ	ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງກົດໝາຍ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບປປ)