

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): AB 133<sup>1</sup> (ВЕРСИЯ 2.0)

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Индексный номер клиента  
Medi-Cal (если применимо) \_\_\_\_\_

**Форма ASCMI: AB 133» может быть использована для разрешения обмена данными в отношении следующих лиц:**

1. Лица, зачисленные в план управляемой медицинской помощи Medi-Cal.
2. Лица, получающие услуги в области психического здоровья в рамках программы Medi-Cal.
3. Лица, находящиеся в системе уголовного правосудия и имеющие право на получение льгот Medi-Cal до освобождения из места заключения.

Medi-Cal стремится помочь вам скоординировать получение медицинских и социальных услуг, чтобы вы могли вести более здоровый образ жизни. Медицинская помощь и услуги, которые вы получаете через Medi-Cal, предоставляются различными организациями. Ваш помощник по уходу может попросить вас подписать форму, когда ему потребуется ваше согласие на передачу вашей информации другим людям или организациям, от которых вы получаете помощь или услуги. Форма не предназначена для общего раскрытия вашей информации, если это не требуется для координации вашей помощи. Пожалуйста, ознакомьтесь с информацией ниже, чтобы узнать подробнее о целях обмена данными, а также о том, кто может передавать и получать вашу информацию.

Эта форма ASCMI позволит:

- » Объяснить, какая информация о вас может быть передана для координации вашего ухода.
- » Объяснить, каким образом ваша информация может передаваться и использоваться.
- » Попросить ваше разрешение на передачу определённых типов вашей информации. Типы информации указаны в Разделе 1.3 формы ASCMI.

<sup>1</sup> AB 133 относится к Законопроекту Ассамблеи штата Калифорния № 133 (California Assembly Bill 133)

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): АВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Индексный номер клиента  
Medi-Cal (если применимо) \_\_\_\_\_

## Информация об участнике

Имя участника: \_\_\_\_\_ Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_

Индексный номер клиента Medi-Cal (при наличии)<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес, город/штат, почтовый индекс<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

Адрес проживания, город/штат, почтовый индекс (необязательно): \_\_\_\_\_

Номер телефона (необязательно): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (необязательно): \_\_\_\_\_

Вы даёте разрешение вашим Партнёрам по уходу связываться с вами посредством текстовых сообщений или по телефону? Ваш Партнёр по уходу может связаться с вами, чтобы обсудить ваш выбор согласия и сообщить вам, если срок действия вашего согласия истёк.<sup>4</sup> Пожалуйста, отметьте ниже соответствующий вариант:

Да (необходимо указать номер телефона выше)

Текстовые сообщения и телефонные звонки

Только текстовые сообщения

Только телефонные звонки

Нет

## Информация о Партнере по уходу

*Эта часть должна быть заполнена Партнёром по уходу, получающим согласие от указанного выше Участника на раскрытие его информации.*

Имя Партнера по уходу: \_\_\_\_\_

Название организации: \_\_\_\_\_

Номер национального идентификатора поставщика (NPI) (если применимо): \_\_\_\_\_

Идентификационный номер налогоплательщика (TIN): \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Номер факса (необязательно): \_\_\_\_\_

Почтовый адрес, город/штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Индексный номер клиента — это первые девять символов идентификационного номера, указанного на лицевой стороне Идентификационной карты получателя льгот Medi-Cal.

<sup>3</sup> Это может быть любой адрес, по которому вы можете получать почту, включая адрес друга, приюта или члена семьи.

<sup>4</sup> Это может привести к списанию средств с вашего мобильного телефона.

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): АВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Индексный номер клиента  
Medi-Cal (если применимо) \_\_\_\_\_

## РАЗДЕЛ 1. Обзор обмена вашей личной информацией

### 1.1 Цель обмена информацией

Ваша личная информация, указанная в Разделе 1.3 ниже, может передаваться по многим причинам, включая следующие:

- » Координация вашего ухода. Например, помощь в записи на приём, в подаче запроса на жилищную поддержку или в поиске поставщика услуг.
- » Предоставление вам медицинских, стоматологических, психиатрических услуг и лечения при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ.
- » Получение оплаты от вашей страховой медицинской компании за оказанные вам лечение и услуги.
- » Подключение вас к программам, услугам и ресурсам, которые могут способствовать улучшению вашего здоровья и благополучия.
- » Сбор информации для того, чтобы Medi-Cal мог способствовать улучшению предоставляемого вам ухода.

### 1.2 Кто может передавать и получать вашу информацию

Партнёры по уходу могут передавать и получать вашу информацию. Партнёры по уходу — это специалисты и организации, к которым вы обращались раньше, обращаетесь сейчас или можете обратиться в будущем. Эти Партнёры по уходу включают в себя:

- » Поставщиков медицинских услуг, включая лечащих врачей и специалистов в области психического здоровья.
- » Поставщиков услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, таких как программы лечения опиоидной зависимости и стационарные реабилитационные программы.
- » Общественные организации и поставщики услуг для лиц без постоянного места жительства.
- » Поставщиков исправительных учреждений и кураторов (case managers).
- » Планы медицинского страхования, включая планы управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal и планы по охране психического здоровья.
- » Окружные агентства здравоохранения и социальных служб.
- » Сертифицированные организации по обмену медицинской информацией.
- » Государственные агентства здравоохранения и социальных служб.

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): АВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Индексный номер клиента  
Medi-Cal (если применимо) \_\_\_\_\_

## 1.3 Типы информации

### Какие типы информации требуют вашего согласия для передачи?

Существуют некоторые виды информации, которые вы можете выбрать — передавать их или не передавать:

- » Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, защищённая согласно 42 C.F.R. Часть 2.
- » Информация о жилье, включая ваш текущий жилищный статус, историю проживания и получаемую жилищную поддержку.

Более подробную информацию об этих типах данных можно найти в разделе 2.1 настоящей Формы. Вы можете самостоятельно решить, давать ли согласие на передачу этих типов информации или нет. Когда вы даёте своё согласие, это означает, что вы разрешаете передачу этой информации.

### Некоторые из ваших Партнёров по уходу могут использовать и передавать часть вашей информации о здоровье и социальных услугах другим Партнёрам по уходу без вашего согласия, чтобы:

- » Предоставлять вам лечение.
- » Получать оплату за услуги.
- » Осуществлять деятельность своей организации и координировать ваш уход.

### Какие типы информации могут передаваться без вашего согласия?

- » Медицинская и психиатрическая информация.
- » Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, которая не защищается федеральным законом 42 C.F.R. Часть 2.
- » Информация о медицинском страховании.
- » Ограниченная информация из уголовно-правовой сферы, включая данные о задержании, даты и место лишения свободы, а также статус условно-досрочного освобождения.

Если вы находитесь в заключении или недавно были освобождены, ваши Партнёры по уходу могут передавать некоторую уголовно-правовую информацию, описанную выше. Они могут передавать эту информацию, чтобы помочь вам подать заявку на медицинское страхование, а также подключить вас к службам психиатрической помощи и лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Эта информация не может использоваться для гражданских, административных или уголовных расследований, судебных разбирательств или уголовного преследования, вынесения приговора, иммиграционного контроля или разбирательств в семейном суде.

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): АВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

Имя                      Отчество                      Фамилия                      Дата рождения                      Индексный номер клиента  
Medi-Cal (если применимо)

## РАЗДЕЛ 2. Запрос вашего разрешения

### 2.1 Особые разрешения

От вас запрашиваются два особых разрешения:

1. Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ
2. Личная информация, связанная с жильём

**Выберите «Да» или «Нет/Не относится ко мне» для каждого особого разрешения**

**Выбор «Да» или «Нет/Не относится ко мне» — это ваше решение.** Даже если вы выберете вариант «Нет/Не относится ко мне» в данной Форме, это не повлияет на вашу возможность получать льготы или медицинскую помощь и услуги.

- » Если вы выберете **«Нет/Не относится ко мне»** в Форме, ваши Партнёры по уходу не будут передавать информацию, в отношении которой вы сделали этот выбор.
  - Если вы решите не подписывать форму, ваши Партнёры по уходу не будут передавать информацию, описанную в этом разделе.
- » Если вы выберете **«Да»** в форме, ваши Партнёры по уходу смогут передавать важную информацию о вас, что поможет им координировать ваш уход. Это также поможет им легче подключать вас к другим видам услуг.

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): АВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Индексный номер клиента  
Medi-Cal (если применимо) \_\_\_\_\_

## 1. Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ

- » Некоторая информация, связанная с употреблением психоактивных веществ, защищена федеральным законом 42 C.F.R. Часть 2, обычно называемым «Часть 2». Ваш Партнёр по уходу, осуществляющий лечение расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, может сообщить вам, подпадает ли ваша информация под защиту в соответствии с 42 C.F.R. Часть 2.
- » Вы можете дать разрешение на передачу информации о диагнозе или лечении, связанной с расстройствами употребления психоактивных веществ, подпадающей под действие Части 2, чтобы поставщики могли оказывать вам лечение, получать оплату за услуги, осуществлять деятельность своей организации и координировать ваш уход.
- » Когда вы даёте разрешение на передачу информации, защищённой «Частью 2», программе Medi-Cal, вашему медицинскому плану или другому поставщику медицинских услуг, им разрешается передавать эту информацию другим Партнёрам по уходу для тех же целей, указанных в пункте выше. Они также могут передавать вашу информацию без вашего согласия для других целей, разрешённых федеральным и государственным законодательством. Они не могут передавать эту информацию для использования в гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательствах против вас.
- » После того как ваша информация, подпадающая под действие Части 2 и связанная с употреблением психоактивных веществ, была использована или передана, она может больше не подпадать под защиту Части 2 либо может не защищаться тем же образом, как до того, как она была использована или передана. Вместо этого ваша информация, защищённая «Частью 2», может подпадать под защиту других законов, регулирующих охрану вашей медицинской информации.
- » Вы можете получить список Партнёров по уходу, которым ваш поставщик услуг по лечению расстройства, подпадающего под действие Части 2, передал вашу информацию, обратившись к этому поставщику.

Ваше согласие: Я даю разрешение моим поставщикам услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, передавать информацию о моих прошлых, текущих и будущих расстройствах, включая информацию, защищённую Частью 2.

Да                      Нет/Не относится ко мне

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): АВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Индексный номер клиента  
Medi-Cal (если применимо) \_\_\_\_\_

## 2. Личная информация, связанная с жильем

Если вам нужны жилищные услуги, вы можете получить помощь через систему Координированного входа (Coordinated Entry). Система Координированного входа (Coordinated Entry) — это местные организации, которые помогают координировать жилищные услуги для нуждающихся в них людей. Этим организациям может потребоваться ваше разрешение на передачу информации, связанной с вашим жильём, в Системы управления информацией о бездомности (Homeless Management Information Systems) и другим Партнёрам по уходу, таким как ваш поставщик медицинских услуг. Эти системы используются жилищными организациями для предоставления и координации жилищных и сопутствующих услуг.

Ваше согласие: Я даю разрешение своему местному поставщику жилищных услуг передавать личную информацию обо мне, связанную с жильём, включая мой жилищный статус, историю и получаемую поддержку, в свою Систему учёта бездомных (Homeless Management Information System) и другим Партнёрам по уходу, таким как мой поставщик медицинских услуг.

Да Нет/Не относится ко мне

## 2.2 Ваши права

### Каковы ваши права?

Вы имеете право:

- » Подписать эту форму.
- » Не подписывать эту форму.
- » Получить копию этой формы.
- » Изменить своё решение и отзвать своё разрешение.

### Если вы подпишете эту форму, сможете ли вы позже изменить своё решение?

Да, вы имеете право изменить своё решение о предоставлении информации и можете изменить или отозвать своё согласие в любое время. Чтобы изменить или отозвать своё согласие, обратитесь к своим Партнёрам по уходу. Вам нужно будет заполнить новую форму ASCMI с теми изменениями, которые вы хотите внести.

- » Любые изменения, которые вы хотите внести, вступят в силу в день подписания вашей новой формы ASCMI.
- » Отзыв вашего согласия не будет распространяться на информацию, которая уже была передана с вашего разрешения.



## ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): АВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Индексный номер клиента  
Medi-Cal (если применимо) \_\_\_\_\_

### 2.3 Ваша подпись

#### Подписывая эту форму, вы понимаете и соглашаетесь с тем, что:

- » Ваши Партнёры по уходу, указанные в разделе 1.2 этой формы, могут использовать и передавать выбранную вами выше медицинскую и личную информацию для целей, описанных в разделе 1.1 этой формы.
- » Вы также понимаете, что после передачи вашей информации федеральное или штатное законодательство может не защищать её повторное распространение.

#### Как долго действует ваше согласие на передачу вашей информации?

- » **Если вам 18 лет или больше**, это согласие будет действовать в течение одного года с даты подписания формы.
- » **Если вам меньше 18 лет**, ваше согласие будет действовать в течение одного года с даты подписания формы. Если вам исполнится 18 лет или изменится опекунство в течение этого одного года, вам потребуется предоставить новое согласие.
- » Независимо от вашего возраста, вам потребуется предоставить новое согласие, используя форму ASCMI: Не относящаяся к АВ 133, если вы больше не соответствуете критериям для использования формы ASCMI: АВ 133. Вы также можете изменить своё решение и отозвать своё согласие в любое время в письменной форме, используя форму отзыва согласия ASCMI (ASCM Revocation Form).

Имя участника	Подпись участника	Дата (мм/дд/гггг)
Имя родителя/опекуна/ законного представителя	Подпись родителя/опекуна/ законного представителя	Дата (мм/дд/гггг)