

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCMI): АВ 133¹ (ВЕРСІЯ 2.0)

Ім'я Друге ім'я Прізвище Дата народження Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)

«Форму ASCMI: АВ 133» можна використовувати для отримання дозволу на передачу даних наступних осіб:

1. Осіб, зарахованих до плану керованого медичного обслуговування Medi-Cal.
2. Осіб, які отримують послуги з охорони психічного здоров'я за програмою Medi-Cal.
3. Осіб, залучених до кримінально-правової системи, які мають право на пільги Medi-Cal до звільнення.

Medi-Cal хоче допомогти координувати ваші медичні та соціальні послуги, щоб ви могли жити більш здоровим життям. Догляд та послуги, які ви отримуєте за програмою Medi-Cal, надаються різними організаціями. Ваш Care Partner (партнер по догляду) може попросити вас підписати цю форму, якщо йому потрібна ваша згода на передачу вашої інформації іншим особам або організаціям, від яких ви отримуєте догляд або послуги. Форма не призначена для надання дозволу на загальне розголошення вашої інформації, якщо це не є необхідним для координації вашого лікування. Будь ласка, дивіться нижче детальнішу інформацію про мету передачі інформації та про те, хто може надавати та отримувати вашу інформацію.

У цій формі ASCMI:

- » Пояснюється, яка інформація про вас може бути передана, щоб допомогти координувати ваше лікування.
- » Пояснюється, як ваша інформація може бути передана та використана.
- » Запрошується ваш дозвіл на передачу певних видів вашої інформації. Види інформації перераховані в розділі 1.3 Форми ASCMI.

¹ АВ 133 діє на підставі законопроекту 133 Асамблеї Каліфорнії.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): АВ 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

Ім'я _____ Друге ім'я _____ Прізвище _____ Дата народження _____ Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується) _____

Інформація про учасника

Ім'я учасника: _____ Дата народження (мм/дд/рррр): _____

Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)²: _____

Поштова адреса, місто/штат, поштовий індекс³: _____

Адреса проживання, місто/штат, поштовий індекс (необов'язково): _____

Номер телефону (необов'язково): _____ Адреса електронної пошти (необов'язково): _____

Чи даєте ви дозвіл вашим Care Partners зв'язуватися з вами за допомогою СМС або телефонного дзвінка? Ваш Care Partner може зв'язатися з вами, щоб обговорити варіанти вашої згоди та повідомити, що термін дії вашої згоди закінчився.⁴ Будь ласка, поставте позначку біля вашого вибору нижче:

Так (необхідно вказати номер телефону вище)

СМС та телефонний дзвінок

Тільки СМС

Тільки телефонний дзвінок

Ні

Інформація про Care Partner

Цей розділ заповнює Care Partner, який отримує згоду від вищезгаданого учасника на розкриття його інформації.

Назва Care Partner: _____

Назва організації: _____

Номер національного ідентифікатора постачальника (NPI) (якщо застосовується) _____

Ідентифікаційний номер платника податків (TIN) _____

Номер телефону: _____ Номер факсу (необов'язково): _____

Поштова адреса, місто/штат, поштовий індекс: _____

² Індекс клієнта - це перші дев'ять символів ідентифікаційного номера, розташованого на лицьовій стороні ідентифікаційної картки учасника програми Medi-Cal.

³ Це може бути будь-яка адреса, на яку ви можете отримувати пошту, в тому числі адреса друга, притулку або члена сім'ї.

⁴ Це може призвести до списання коштів з вашого мобільного телефону.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): АВ 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

Ім'я	Друге ім'я	Прізвище	Дата народження	Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)
------	------------	----------	-----------------	---

РОЗДІЛ 1: Огляд процесу передачі вашої особистої інформації

1.1 Мета передачі інформації

Ваша особиста інформація, перерахована в розділі 1.3 нижче, може бути передана з багатьох причин, в тому числі:

- » Координація вашого лікування. Наприклад, щоб допомогти вам записатися на прийом до лікаря, подати заяву на отримання житлової підтримки або знайти постачальника послуг.
- » Надання медичної, стоматологічної, психологічної допомоги та послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.
- » Отримання оплати від вашої медичної страхової компанії за лікування та надані вам послуги.
- » Підключення вас до програм, послуг та ресурсів, які можуть допомогти покращити ваше здоров'я та благополуччя.
- » Збір інформації для того, щоб програма Medi-Cal могла допомогти покращити медичне обслуговування, яке ви отримуєте.

1.2 Хто може надавати та отримувати вашу інформацію

Care Partners можуть надавати та отримувати вашу інформацію. Care Partners - це лікарі та організації, до яких ви зверталися раніше, звертаєтесь зараз або можете звернутися в майбутньому. До цих Care Partners відносяться:

- » Працівники охорони здоров'я, включаючи лікарів первинної ланки та спеціалістів з психічного здоров'я.
- » Надавачі послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, таких як програми лікування залежності від опіоїдів та програми стаціонарного лікування.
- » Громадські організації та постачальники послуг для бездомних.
- » Працівники пенітенціарних установ та менеджери справ.
- » Плани медичного страхування, включаючи плани керованого медичного обслуговування Medi-Cal та плани охорони психічного здоров'я.
- » Органи охорони здоров'я та соціальні служби округу.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): АВ 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

Ім'я	Друге ім'я	Прізвище	Дата народження	Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)
------	------------	----------	-----------------	---

- » Кваліфіковані медичні інформаційні організації.
- » Органи охорони здоров'я та соціальні служби округу.

1.3 Види інформації

Які види інформації потребують вашої згоди на передачу?

Існують певні види інформації, яку ви можете дозволити передавати або не передавати:

- » Інформація про розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, захищена положеннями Частини 2 Розділу 42 Кодекса федеральних правил (42 C.F.R Part 2).
- » Інформація про житло, включаючи ваш житловий статус, історію та житлову підтримку.

Детальнішу інформацію про ці види інформації можна знайти в розділі 2.1 цієї Форми. Ви можете вирішити, чи давати згоду на передачу цих видів інформації, чи ні. Коли ви даєте згоду, це означає, що ви даєте дозвіл на передачу цієї інформації.

Деякі з ваших Care Partners можуть без вашої згоди використовувати та передавати певну інформацію про ваше здоров'я та соціальні послуги іншим Care Partners, щоб:

- » Лікувати вас.
- » Отримати оплату за послуги.
- » Керувати їхньою організацією та координувати ваше обслуговування.

Яка інформація може бути передана без вашої згоди?

- » Медична інформація та інформація про психічне здоров'я.
- » Інформація про розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, яка не захищена федеральним законом 42 C.F.R. Part 2.
- » Інформація про медичне страхування.
- » Обмежена кримінально-правова інформація, включаючи дані про затримання, дати та місце ув'язнення, а також статус умовно-дострокового звільнення.

Якщо ви перебуваєте в ув'язненні або нещодавно були ув'язнені, ваші партнери по догляду можуть передати деяку кримінально-правову інформацію, описану вище. Вони можуть поділитися цією інформацією, щоб допомогти вам подати заяву на медичне страхування та

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): АВ 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

Ім'я	Друге ім'я	Прізвище	Дата народження	Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)
------	------------	----------	-----------------	---

направити вас до служб психічного здоров'я та допомоги при розладах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Інформація не може бути використана для цивільних, адміністративних або кримінальних розслідувань, проваджень або переслідувань, винесення вироків, виконання імміграційних рішень або сімейних судових розглядів.

Розділ 2: Запит на отримання дозволу

2.1 Спеціальні дозволи

Ми просимо вас надати два спеціальні дозволи:

1. Інформація про розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин
2. Особиста інформація, пов'язана з житлом

Виберіть «Так» або «Ні / Мене це не стосується» для кожного спеціального дозволу

Ви можете вибрати відповідь «Так» або «Ні / Мене це не стосується». Навіть якщо ви оберете відповідь «Ні / Мене це не стосується» у формі, це не вплине на ваше право на пільги або можливість отримувати медичне обслуговування чи послуги.

- » Якщо ви обираєте **«Ні / Мене це не стосується»** у Формі, ваші Care Partners не надаватимуть інформацію, щодо якої ви обрали відповідь «Ні / Мене це не стосується»
 - Якщо ви вирішите не підписувати Форму, ваші медичні партнери не передаватимуть інформацію, описану в цьому розділі.
- » Якщо ви обираєте **«Так»** у Формі, ваші Care Partners можуть ділитися важливою інформацією про вас, яка допоможе їм координувати ваше обслуговування. Це також допоможе їм легше підключити вас до інших послуг.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): АВ 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

Ім'я Друге ім'я Прізвище Дата народження Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)

1. Інформація про розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин

- » Певна інформація про вживання психоактивних речовин захищена федеральним законом 42 C.F.R. Part 2, який зазвичай називають «Частина 2». Ваш Care Partner, який лікує ваш розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, може повідомити вам, чи захищена ваша інформація про розлад згідно з 42 C.F.R. Part 2.
- » Ви можете надати дозвіл на передачу захищеної Частиною 2 інформації про діагноз або лікування, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, для того, щоб постачальники послуг могли лікувати вас, отримувати оплату за послуги, керувати своєю організацією та координувати ваше медичне обслуговування.
- » Коли ви даєте дозвіл на передачу захищеної Частиною 2 інформації про вживання вами психоактивних речовин програмі Medi-Cal, вашому медичному плану або іншому постачальнику медичних послуг, вони мають право передавати цю інформацію іншим Care Partners з тими самими цілями, що зазначені у вищенаведеному пункті. Вони також можуть передавати вашу інформацію без вашої згоди для інших цілей, дозволених федеральним законодавством і законодавством штату. Вони не можуть передавати цю інформацію для цивільних, кримінальних, адміністративних та законодавчих проваджень проти вас.
- » Після того, як захищена Частиною 2 інформація про вживання вами психоактивних речовин була використана або передана, вона більше не може бути захищена Частиною 2 або захищена таким же чином, як до її використання або передачі. Захищена Частиною 2 інформація про вживання вами психоактивних речовин може бути захищена іншими законами, які захищають вашу медичну інформацію.
- » Ви можете отримати список Care Partners, яким ваш лікар, що лікує розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, передав вашу інформацію, захищену Частиною 2, звернувшись до свого лікаря, що лікує розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин.

Ваша згода: Я даю дозвіл моїм постачальникам послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, ділитися інформацією про мої минулі, теперішні та майбутні розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, включаючи інформацію, захищену Частиною 2.

Так Ні / Мене це не стосується

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCMI): АВ 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

Ім'я Друге ім'я Прізвище Дата народження Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)

2. Особиста інформація, пов'язана з житлом

Якщо вам потрібні житлові послуги, ви можете отримати допомогу через Coordinated Entry. Coordinated Entry - це місцеві організації, які допомагають координувати житлові послуги для людей, які їх потребують. Цим організаціям може знадобитися ваш дозвіл на передачу вашої інформації, пов'язаної з житлом, до інформаційних систем для роботи з бездомними (Homeless Management Information System) та іншими Care Partners, наприклад, з вашим медичним працівником/клінікою. Ці системи використовуються житловими організаціями для надання та координації житлових та допоміжних послуг.

Ваша згода: Я даю дозвіл моєму місцевому постачальнику житла ділитися особистою інформацією про мене, пов'язаною з житлом, включаючи мій житловий статус, історію та підтримку, з його інформаційною системою для роботи з бездомними та іншими Care Partners, наприклад, з моїм медичним працівником/клінікою.

Так Ні / Мене це не стосується

2.2 Ваші права

Які у вас є права?

Ви маєте право:

- » Підписати цю Форму.
- » Не підписувати цю Форму.
- » Отримати копію цієї Форми.
- » Передумати і відкликати свій дозвіл.

Якщо ви підпишете цю форму, чи зможете ви передумати пізніше?

Так, ви маєте право змінити свою думку щодо надання вашої інформації, і ви можете змінити або відкликати цю згоду в будь-який час. Щоб змінити або відкликати свою згоду, поговоріть з вашими Care Partners. Вам потрібно буде заповнити нову форму ASCMI із змінами, які ви хочете внести.

- » Будь-які зміни, які ви захочете внести, набудуть чинності в день підписання вашої нової форми ASCMI.
- » Відкликання вашої згоди не поширюється на інформацію, яка була надана раніше з вашої згоди.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): AB 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

Ім'я Друге ім'я Прізвище Дата народження Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)

2.3 Ваш підпис

Підписуючи цю форму, ви розумієте та погоджуєтесь з тим, що

- » Ваші Care Partner, перелічені в Розділі 1.2 цієї Форми, можуть використовувати та передавати медичну та особисту інформацію, яку ви обрали вище, для цілей, описаних у Розділі 1.1 цієї Форми.
- » Ви також розумієте, що коли ваша інформація передається, федеральне законодавство або законодавство штату може не захищати повторну передачу цієї інформації.

Як довго діє ваша згода на передачу вашої інформації?

- » **Якщо вам виповнилося 18 років**, ця згода діє протягом одного року з дати підписання вами Форми.
- » **Якщо вам не виповнилося 18 років**, ваша згода буде дійсною протягом одного року з дати підписання вами Форми. Якщо протягом цього річного періоду вам виповниться 18 років або опікунство над вами зміниться, вам потрібно буде надати нову згоду.
- » Незалежно від вашого віку, вам потрібно буде надати нову згоду, використовуючи «Форму ASCMI: Non-AB 133», якщо ви більше не відповідаєте критеріям для використання «Форми ASCMI: AB 133». Ви також можете передумати і відкликати свою згоду в будь-який час у письмовій формі, скориставшись «Формою відкликання ASCMI».

Ім'я учасника	Підпис учасника	Дата (мм/дд/рррр)
Ім'я одного із батьків/опікуна/законного представника	Підпис одного із батьків/опікуна/законного представника	Дата (мм/дд/рррр)