

# 機密會員資訊共享授權 (ASCMI) 表格：非AB 133<sup>1</sup> (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

「ASCMI 表格：非 AB 133」可用於授權居住於加利福尼亞州、但不符合使用《ASCMI 表格：AB 133》條件的個人進行資料共享。這包括以下所有人員：

1. 不參加加州醫療補助 (Medi-Cal) 管理式醫療計畫的個人。
2. 不接受加州醫療補助計畫項下行為健康服務的個人。
3. 不涉及刑事法律體系，且不符合監禁前加州醫療補助福利資格的個人。

本表格旨在協助協調您的健康與社會服務，使您能夠過上更健康的生活。當您的照護夥伴需要您的同意，以便與您目前正在接受照護或服務的其他人員或機構分享您的資訊時，他們可能會要求您簽署本表格。本表格的目的並非授權在不涉及照護協調的情況下普遍揭露您的資訊。請參閱下文，以瞭解關於資訊共享之目的及可分享與接收您資訊之對象的更多詳情。

本 ASCMI 表格將：

- » 說明可共享的您的資訊內容，以協助協調您的照護；
- » 說明可能如何分享與使用您的資訊。
- » 徵求您對分享某些類型資訊的許可。這些資訊類型列於 ASCMI 表格的第 1.3 節。

<sup>1</sup> AB 133 指的是加利福尼亞州議會第 133 號法案。

# 機密會員資訊共享授權 (ASCMI) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 客戶資訊

客戶姓名 : \_\_\_\_\_ 出生日期 (月/日/年) : \_\_\_\_\_

郵寄地址、城市/州、郵遞區號<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

居住地址、城市/州、郵遞區號 (可選) : \_\_\_\_\_

電話號碼 (可選) : \_\_\_\_\_ 電子郵件地址 (可選) : \_\_\_\_\_

您是否允許您的照護夥伴透過簡訊或電話與您聯繫？您的照護夥伴可能會聯絡您，以討論您的同意選擇，或通知您的同意是否已到期。<sup>3</sup> 請在下方勾選相應的選項：

是 (必須在上方提供電話號碼)

簡訊和電話

僅簡訊

僅電話

否

## 照護夥伴資訊

本部分應由上方已獲該客戶同意以揭露其資訊的照護夥伴填寫。

照護夥伴姓名 : \_\_\_\_\_

機構名稱 : \_\_\_\_\_

全國醫療服務提供者識別號碼 (NPI) (如適用) : \_\_\_\_\_

納稅人識別號碼 (TIN) : \_\_\_\_\_

電話號碼 : \_\_\_\_\_ 傳真號碼 (可選) : \_\_\_\_\_

郵寄地址、城市/州、郵遞區號 : \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> 此地址可以是您能夠接收郵件的任何地址，包括朋友、收容所或家人的地址。

<sup>3</sup> 這可能會導致您的手機產生通訊費用。

# 機密會員資訊共享授權 (ASCMI) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 第 1 部分：您的個人資訊共享概述

### 1.1 資訊共享的目的

您在下文第 1.3 節所列的個人資訊可因多種原因而被分享，包括：

- » 協調您的照護。例如，協助您安排預約、申請住房支援或尋找治療師。
- » 向您提供醫療、牙科、心理健康及藥物成癮治療與服務。
- » 向您的保險承保機構申請支付為您提供的治療與服務費用。
- » 將您與有助於改善健康與福祉的計畫、服務及資源進行連結。
- » 收集資訊，以便 \_\_\_\_\_ 可以幫助改善您所接受的照護。

### 1.2 誰可以分享與接收您的資訊

照護夥伴可分享您的資訊。照護夥伴是您過去曾經就診、目前正在就診或未來可能就診的提供者與機構。這些照護夥伴可包括：

- » 醫療保健提供者，包括初級保健醫師與心理健康服務提供者。
- » 藥物成癮治療提供者，例如鴉片類藥物治療計畫與住院治療計畫。
- » 社區組織及無家可歸者服務提供者。
- » 健康保險計畫，包括加州醫療補助管理式醫療計畫及行為健康計畫。
- » 縣級衛生及人類服務機構。
- » 合格的健康資訊機構。
- » 州衛生與公共服務機構。

# 機密會員資訊共享授權 (ASCMI) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 1.3 資訊類型

### 哪些類型的資訊需要徵得您的同意才能分享？

有些類型的資訊需由您自行決定是否分享，包括：

- » 受《聯邦法規》第 42 編第 2 部分保護的藥物成癮相關資訊。
- » 部份心理健康資訊。
- » 智能及發育障礙資訊。
- » HIV檢測結果。
- » 基因檢測結果。
- » 住房資訊，包括您的住房狀況、住房歷史及支援情況。

關於上述各類資訊的更多詳情，請參閱本表格第 2.1 節。您可自行選擇是否同意分享上述資訊。當您給予同意時，即表示您允許分享這些資訊。

**您的一些照護夥伴可在未經您同意的情況下，使用並分享部分您的健康與社會服務資訊，用於以下目的：**

- » 為您提供治療。
- » 收取服務費用。
- » 營運其機構並協調您的照護。

**哪些類型的資訊可在未經您同意的情況下分享？**

- » 醫療與心理健康資訊（見下文例外情況）。
- » 不受《聯邦法規》第 42 編第 2 部分保護的藥物成癮相關資訊。
- » 健康保險資訊。

# 機密會員資訊共享授權 (ASCMI) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 第 2 部分：請求您的許可

### 2.1 特殊許可

本部分將向您請求六項特殊許可：

1. 藥物成癮相關資訊
2. 與住房有關的個人資料
3. 心理健康資訊
4. 智能及發育障礙資訊
5. HIV檢測結果
6. 基因檢測結果

請針對每一項特殊許可選擇「是」或「否 / 不適用於我」。

選擇「是」或「否 / 不適用於我」完全由您自行決定。即使您在表格上選擇「否」，也不會影響您獲得福利的資格或接受醫療及服務的能力。

- » 若您在表格上選擇「否 / 不適用於我」，您的照護夥伴將不會分享您針對該選項選擇「否 / 不適用於我」的資訊。
  - 若您選擇不簽署本表格，您的照護夥伴將不會分享本節所述之資訊。
- » 若您在表格上選擇「是」，您的照護夥伴即可分享有關您的重要資訊，以便更好地協調您的照護，並協助您更便捷地獲得其他服務。

# 機密會員資訊共享授權 (ASCM) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 1. 藥物成癮資訊

- » 有些藥物成癮相關資訊受《聯邦法規》第 42 編第 2 部分（通常稱為「第 2 部分」）保護。為您提供藥物成癮治療的照護夥伴可以告知您，您的藥物成癮資訊是否受《聯邦法規》第 42 編第 2 部分保護。
- » 您可授權分享受第 2 部分保護的藥物成癮診斷或治療資訊，以便醫護提供者為您提供治療、取得服務費用、營運其機構並協調您的照護。
- » 當您授權將您的第 2 部分藥物成癮資訊分享給加州醫療補助、您的健康保險計畫或其他醫療保健提供者時，他們可基於上述相同目的將該資訊與其他照護夥伴分享。他們也可在聯邦或州法律允許的其他情形下，未經您同意分享您的資訊。但他們不得將該資訊用於針對您的民事、刑事、行政或立法程序。
- » 一旦您的第 2 部分藥物成癮資訊被使用或分享，該資訊可能不再受第 2 部分保護，或不再以原有方式受到保護。您的第 2 部分藥物成癮資訊可能改由其他保護您健康資訊的法律所保障。
- » 您可透過聯絡您的藥物成癮治療提供者，取得其已與哪些照護夥伴分享您資訊的名單。

您的同意：我允許我的藥物成癮治療提供者分享我過去、現在及未來的藥物成癮相關資訊，包括第 2 部分保護的資訊。

是            否/不適用於我

# 機密會員資訊共享授權 (ASCMI) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 2. 與住房相關的個人資訊

如果您需要住房服務，您可以透過 Coordinated Entry 系統 獲得協助。Coordinated Entry 系統是當地機構，專門為有住房需求的人士協調相關住房服務。這些機構可能需要您授權，將與您住房有關的資訊分享給無家可歸者管理資訊系統及其他照護夥伴，例如您的醫療保健提供者。這些系統由住房機構使用，用於提供及協調住房與住房支援服務。

您的同意：我允許我當地的住房提供者透過其無家可歸者管理資訊系統及其他照護夥伴（例如我的醫療保健提供者），分享與我住房有關的個人資訊，包括我的住房狀況、住房歷史和支援情況。

是      否/不適用於我

## 3. 心理健康資訊

分享您部分心理健康資訊需經您的同意。這包括您可能從社區提供者獲得的心理健康照護資訊，例如治療紀錄、處方詳情或評估資料。若您曾在州立或縣立醫院、精神病院接受照護，或於監禁期間接受心理健康服務，該等心理健康資訊也可能包括在內。

您的同意：我允許我的照護夥伴分享我的心理健康資訊。

是      否/不適用於我

# 機密會員資訊共享授權 (ASCMI) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 4. 智能及發育障礙資訊

- » 分享與您的智能及發育障礙相關的特定資訊需經您的同意。此類障礙為影響個人腦部與身體功能的狀況，通常在 22 歲之前出現並持續終生。智能障礙可能使學習、解決問題及日常任務變得更加困難。發育障礙的範圍更廣，可能影響身體能力、思維、語言與行為。智能及發育障礙的示例包括自閉症、唐氏症、腦性麻痺與癲癇。
- » 具有這些障礙的人在生活中有時需要更多支援，但這並不影響一個人的價值、能力或其對社區的貢獻。每個人都是獨特的，擁有不同的能力與需求。在不同機構之間分享有關您智能及發育障礙的資訊，可以讓所有支援您的人更好地了解如何協助您。

您的同意：我允許我的照護夥伴分享我的智能及發育障礙相關資訊。

是      否/不適用於我

## 5. HIV檢測結果

若要與未直接向您提供 HIV 相關照護的另一位照護夥伴分享您可能已收到的任何 HIV 檢測結果，必須先徵得您的同意。

您的同意：我允許我的照護夥伴分享我的 HIV 檢測結果。

是      否/不適用於我

## 6. 基因檢測結果

您的健康保險計畫（包括加州醫療補助）在分享您的任何基因檢測結果之前，必須獲得您的同意。基因檢測結果是用於識別您可能罹患的某些遺傳性疾病或健康狀況的實驗室檢測結果。

您的同意：我允許我的照護夥伴分享我的基因檢測結果。

是      否/不適用於我

# 機密會員資訊共享授權 (ASCMI) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 2.2 您的權利

### 您享有哪些權利？

您有權：

- » 簽署此表格。
- » 不簽署此表格。
- » 收到此表格的副本。
- » 改變主意，撤回您的許可。

### 如果您簽署了本表格，之後是否可以改變主意？

可以。您有權改變對資訊共享的決定，您可在任何時間修改或撤回此項同意。如需修改或撤回您的同意，請與您的照護夥伴聯絡。您可以填寫一份新的 ASCMI 表格，以反映您希望進行的變更。

- » 您所作的任何變更自新表格簽署之日起生效。
- » 撤回同意不會影響在您此前同意下已被分享的資訊。

# 機密會員資訊共享授權 (ASCM) 表格 : 非AB 133 (版本 2.0)

名字	中間名	姓氏	出生日期	加州醫療補助計劃客戶索引號 (如適用)
----	-----	----	------	---------------------

## 2.3 您的簽名

### 簽署此表格，即表示您理解並同意：

- » 您在本表格第 1.2 節中列出的照護夥伴，可以為本表格第 1.1 節所述之目的使用並分享您在上方所選的健康及個人資料。
- » 您亦理解，當您的資訊被分享後，聯邦或州法律可能無法保護該資訊再次被分享的情形。

### 您的資訊共享同意有效期多久？

- » 若您已年滿 18 歲，本同意自您簽署表格之日起有效期為一年。
- » 若您未滿 18 歲，本同意同樣自您簽署表格之日起有效期為一年。若您在此一年期間年滿 18 歲，或監護權發生變更，您須重新提供新的同意。
- » 無論您的年齡大小，您也可以隨時改變主意，並以書面形式使用《ASCM 撤銷表格》撤回您的同意。

您的姓名	您的簽名	日期 (月/日/年)
家長/監護人/法定代理人姓名	家長/監護人/法定代理人簽名	日期 (月/日/年)