

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASDMI): NON-AB 133 ¹ (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

"ແບບຟອມ ASDMI: Non-AB 133" ສາມາດໃຊ້ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນລັດຄາລິຟໍເນຍຜູ້ທີ່ມີຄຸນສົມບັດບໍ່ກົງຕາມເກນໃນການໃຊ້ແບບຟອມ ASDMI: AB 133. ເຊິ່ງລວມເຖິງບຸກຄົນທັງໝົດທີ່

1. ບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຂອງ Medi-Cal.
2. ບໍ່ໄດ້ຮັບບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳພາຍໃຕ້ Medi-Cal.
3. ບໍ່ມີການກະທຳຜິດໃນຄະດີອາຍາຕາມລະບົບກົດໝາຍອາຍາທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດ Medi-Cal ກ່ອນການອະນຸມັດ.

ຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະສານງານດ້ານສຸຂະພາບແລະບໍລິການສັງຄົມຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີຊີວິດທີ່ມີສຸຂະພາບດີ. 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.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າ

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

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ: _____

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

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

ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານຕິດຕໍ່ທ່ານຜ່ານຂໍ້ຄວາມສັ້ນ ຫຼື ທາງໂທລະສັບບໍ່? ຜູ້
ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອເວົ້າລົມກ່ຽວກັບຕົວເລືອກໃນການຍິນຍອມເຫັນດີ
ຂອງທ່ານ ແລະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານໝົດອາຍຸແລ້ວ ຫຼື ບໍ່.³ ກະລຸນາເຮັດເຄື່ອງໝາຍ
ໃນກ່ອງທີ່ທ່ານເລືອກຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ແມ່ນ (ຕ້ອງລະບຸເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ)

ຂໍ້ຄວາມສັ້ນ ແລະ ທາງໂທລະສັບ

ຂໍ້ຄວາມສັ້ນເທົ່ານັ້ນ

ທາງໂທລະສັບເທົ່ານັ້ນ

ບໍ່ແມ່ນ

ຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາ

ຄວນກອກຂໍ້ມູນໂດຍຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາທີ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມຈາກສະມາຊິກຂ້າງເທິງໃນ
ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ຊື່ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາ: _____

ຊື່ອົງກອນ: _____

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລະດັບຊາດ (NPI) (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): _____

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍພາສີ (TIN): _____

ເບີໂທລະສັບ: _____ ເບີແຟັກ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ: _____

² ອາດເປັນທີ່ຢູ່ໃດກໍ່ໄດ້ທີ່ທ່ານສາມາດຮັບຈົດໝາຍ ລວມທັງທີ່ຢູ່ຂອງໝູ່ເພື່ອນ, ສະຖານພັກພິງ ຫຼືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.

³ ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການຮຽກເກັບເງິນຄ່າບໍລິການໂທລະສັບມີຖືຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCM): NON-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.
- » ການໄດ້ຮັບເງິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພຂອງທ່ານສຳລັບການປິ່ນປົວ ແລະການບໍລິການທີ່ມອບໃຫ້ທ່ານ.
- » ການເຊື່ອມໂຍງທ່ານກັບບັນດາໂຄງການ, ການບໍລິການ ແລະຊັບພະຍາກອນຕ່າງໆທີ່ສາມາດຊ່ວຍປັບປຸງສຸຂະພາບແລະສຸຂະພາວະຂອງທ່ານ.
- » ການເກັບກຳຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ _____ ສາມາດຊ່ວຍປັບປຸງການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

1.2 ບຸກຄົນໃດສາມາດແບ່ງປັນ ແລະຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄດ້

ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ. ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລຮັກສາ ແລະອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ທ່ານເຄີຍພົບມາກ່ອນ, ກຳລັງໄປພົບໃນປັດຈຸບັນ ຫຼືອາດຈະໄປພົບໃນອະນາຄົດ. ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ:

- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ລວມທັງແພດຕົ້ນຕໍທີ່ໃຫ້ການດູແລຮັກສາ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ.
- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ ເຊັ່ນ ໂຄງການປິ່ນປົວການຕິດຝິ່ນ ແລະໂຄງການການປິ່ນປົວຄົນໄຂ້ໃນຂອງສະຖານພະຍາບານ.
- » ອົງການຈັດຕັ້ງໃນຊຸມຊົນ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ.
- » ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ລວມທັງແຜນການດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຂອງ Medi-Cal ແລະແຜນສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ.
- » ໜ່ວຍງານສາທາລະນະສຸກ ແລະບໍລິການມະນຸດຂອງເຄົາຕີ້
- » ໜ່ວຍງານຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດ.
- » ໜ່ວຍງານສາທາລະນະສຸກ ແລະການບໍລິການມະນຸດຂອງລັດ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

1.3 ປະເພດຂອງຂໍ້ມູນ

ຂໍ້ມູນປະເພດໃດແດ່ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມຈາກທ່ານໃນການແບ່ງປັນ?

ມີຂໍ້ມູນບາງປະເພດທີ່ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະແບ່ງປັນ ຫຼື ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ແບ່ງປັນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດບາງຢ່າງ.
- » ຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງບັນຍາ ແລະພັດທະນາການ.
- » ຜົນການກວດຫາເຊື້ອເອຊໄອວີ.
- » ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳ.
- » ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະພາບທີ່ຢູ່ອາໄສ, ປະຫວັດ ແລະການສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນແຕ່ລະປະເພດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງສາມາດພົບໄດ້ໃນພາກສ່ວນ 2.1 ຂອງແບບຟອມນີ້. ທ່ານສາມາດເລືອກໄດ້ວ່າຈະໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນປະເພດເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ບໍ່. ເມື່ອທ່ານໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມ ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງອະນຸຍາດໃຫ້ມີການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້.

ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານບາງລາຍສາມາດໃຊ້ ແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການບໍລິການດ້ານ ສຸຂະພາບ ແລະສັງຄົມບາງຢ່າງຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມຈາກທ່ານເພື່ອ:

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

ຂໍ້ມູນປະເພດໃດແດ່ທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນ ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ ຮັບຄວາມຍິນຍອມຈາກທ່ານ?

- » ຂໍ້ມູນທາງການແພດແລະສຸຂະພາບຈິດ (ເບິ່ງຂໍ້ຍົກເວັ້ນຂ້າງລຸ່ມນີ້).
- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCM): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

ພາກສ່ວນທີ 2. ຄໍາຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ

2.1 ການອະນຸຍາດພິເສດ

ມີການຂໍອະນຸຍາດພິເສດຈາກທ່ານເທົ່າທີ່ຕ້ອງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ
2. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ
3. ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ
4. ຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງບັນຍາ ແລະພັດທະນາການ
5. ຜົນກວດຫາເຊື້ອເອຊໄອວີ.
6. ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳ

ເລືອກຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ສໍາລັບການອະນຸຍາດພິເສດ
ແຕ່ລະລາຍການ

ການເລືອກຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ແມ່ນຕົວເລືອກຂອງທ່ານ. ຖ້າແມ່ນວ່າ
ທ່ານຈະເລືອກຄໍາຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ" ໃນແບບຟອມ ແຕ່ຈະບໍ່ເປັນການປ່ຽນແປງການມີສິດໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດ ຫຼື ຄວາມສາມາດ
ທີ່ຈະໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍລິການ.

- » ຖ້າທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ໃນແບບຟອມ ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານ
ຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ."
 - ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມ ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ອະທິບາຍ
ໄວ້ໃນພາກສ່ວນນີ້.
- » ຖ້າທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ "ແມ່ນ" ໃນແບບຟອມ ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ
ກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານໄດ້. ແບບຟອມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າເຊື່ອມໂຍງ
ທ່ານກັບການບໍລິການອື່ນໆໄດ້ງ່າຍຂຶ້ນເຊັ່ນກັນ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): NON-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.
- » ທ່ານສາມາດຮັບລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານໄດ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍການຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານ.

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປຶ້ນບົວຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນອະດີດ, ປັດຈຸບັນ ແລະອະນາຄົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກສ່ວນທີ 2.

ແມ່ນ

ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

2. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ ທ່ານອາດຈະສາມາດຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍອົງການ Coordinated Entry. ອົງການ Coordinated Entry ແມ່ນອົງການຈັດຕັ້ງທ້ອງຖິ່ນທີ່ຊ່ວຍປະສານງານການບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສສໍາລັບຜູ້ທີ່ຈໍາເປັນ. ອົງການຈັດຕັ້ງເຫຼົ່ານີ້ອາດຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກທ່ານເພື່ອແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານກັບລະບົບຂໍ້ມູນ Homeless Management Information Systems ແລະຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາອື່ນໆ ເຊັ່ນ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ລະບົບເຫຼົ່ານີ້ໃຊ້ໂດຍອົງການຈັດຕັ້ງດ້ານການເຄື່ອນຍ້າຍເພື່ອຈັດຫາ ແລະປະສານງານບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສແລະບໍລິການສະໜັບສະໜູນດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ.

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງບັນຊ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ປະຫວັດ, ແລະການສະໜັບສະໜູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບ Homeless Management Information System ແລະຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາອື່ນໆ ເຊັ່ນ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

3. ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ

ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນສຸຂະພາບຈິດບາງຢ່າງຂອງທ່ານ. ເຊິ່ງລວມເຖິງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຈິດທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ ເຊັ່ນ ບັນທຶກການປິ່ນປົວ, ລາຍລະອຽດຕາມໃບສັງເກດ ຫຼືການປະເມີນ. ອາດຈະລວມເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດເຊັ່ນກັນຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລໃນໂຮງໝໍຂອງລັດ ຫຼື ຂອງເຄົາຕີ້ ຫຼືສະຖາບັນຈິດຕະເວດ ຫຼືໃນຂະນະທີ່ທ່ານຖືກຕິດຄຸກ.

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງບັນຊ້ມູນສຸຂະພາບຈິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

4. ຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງບັນຍາ ແລະພັດທະນາການ

- » ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນບາງຢ່າງກ່ຽວກັບຄວາມພິການທາງບັນຍາ ແລະພັດທະນາການຂອງທ່ານ. ພາວະເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພາວະທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການເຮັດວຽກຂອງສະໜອງ ແລະຮ່າງກາຍຂອງຄົນເຮົາ. ປົກກະຕິແລ້ວຈະເລີ່ມຕົ້ນກ່ອນອາຍຸ 22 ປີ ແລະຄົງຢູ່ຕະຫຼອດຊີວິດ. ຄວາມພິການທາງສະຕິບັນຍາສາມາດເຮັດໃຫ້ການຮຽນຮູ້, ການແກ້ໄຂບັນຫາ, ແລະວຽກງານປະຈຳວັນມີຄວາມທ້າທາຍຫຼາຍຂຶ້ນ. ຄວາມພິການທາງດ້ານພັດທະນາການແມ່ນກຸ່ມທີ່ກວ້າງກວ່າ ທີ່ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຄວາມສາມາດທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ຄວາມຄິດ, ພາສາ ແລະພຶດຕິກຳ. ຕົວຢ່າງຂອງຄວາມພິການດ້ານສະຕິບັນຍາແລະພັດທະນາການປະກອບດ້ວຍພາວະອໍທິສຕິກ, ດາວຊິນໄດຣມ, ສະໜອງພິການ ແລະພະຍາດບ້າໝູ.
- » ຄົນພິການເຫຼົ່ານີ້ບາງຄັ້ງກໍຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນຊີວິດຫຼາຍຂຶ້ນ ແຕ່ສິ່ງນັ້ນບໍ່ປ່ຽນແປງຄຸນຄ່າ, ທັກສະຫຼືການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງບຸກຄົນນັ້ນຕໍ່ຊຸມຊົນຂອງເຂົາເຈົ້າ. ທຸກໆຄົນມີຄວາມພິເສດສະເພາະຕົວ ແລະມີທັກສະແລະຄວາມຈຳເປັນທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມພິການທາງສະຕິບັນຍາ ແລະພັດທະນາການຂອງທ່ານລະຫວ່າງອົງການຕ່າງໆອາດຊ່ວຍໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ຝ່າຍສະໜັບສະໜູນທຸກຄົນຂອງທ່ານຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີທີ່ຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງສະຕິບັນຍາ ແລະພັດທະນາການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

5. ຜົນການກວດຫາເຊື້ອເອດໄອວີ (HIV).

ຕ້ອງມີການຍິນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານເພື່ອແບ່ງປັນຜົນການກວດ HIVv ໃດໆທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບກັບຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຄົນອື່ນທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການດູແລທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ HIV ໂດຍກົງກັບທ່ານ.

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຜົນການກວດຫາເຊື້ອເອດໄອວີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

6. ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳ

ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ລວມທັງ Medi-Cal ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍິນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານໃນການແບ່ງປັນຜົນກວດທາງພັນທຸກຳທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບ. ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳແມ່ນການທົດສອບໃນຫ້ອງທົດລອງທີ່ໃຊ້ເພື່ອກຳນົດພະຍາດທາງພັນທຸກຳ ຫຼື ພາວະສຸຂະພາບທີ່ທ່ານອາດຈະມີ.

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASDMI): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຊື່

ຊື່ກາງ

ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

2.2 ສິດທິຕ່າງໆຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິຫຍັງແດ່?

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະ:

- » ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້.
- » ບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້.
- » ໄດ້ຮັບສໍານຳເນົາແບບຟອມນີ້.
- » ປ່ຽນໃຈ ແລະເພີກຖອນຄວາມຍືນຍອມ.

ຖ້າທ່ານລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້ ທ່ານສາມາດປ່ຽນໃຈໃນພາຍຫຼັງໄດ້ບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປ່ຽນໃຈກ່ຽວກັບການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ ແລະທ່ານສາມາດປ່ຽນແປງ ຫຼື ເພີກຖອນຄວາມຍືນຍອມນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າຕ້ອງການປ່ຽນແປງ ຫຼື ເພີກຖອນຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ ໃຫ້ປຶກສາຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດກອກແບບຟອມ ASDMI ໃໝ່ ໂດຍແກ້ໄຂຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້.

- » ການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ທ່ານຕ້ອງການເຮັດຈະເກີດຂຶ້ນໃນວັນທີ່ແບບຟອມ ASDMI ໃໝ່ຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການລົງນາມ.
- » ການເພີກຖອນຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ແບ່ງປັນດ້ວຍຄວາມຍືນຍອມກ່ອນໜ້ານີ້.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCM): NON-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 ທ່ານສາມາດປ່ຽນໃຈ ແລະເຝົ້າຖອນຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາເປັນລາຍລັກອັກສອນໂດຍໃຊ້ແບບຟອມ ASCMI Revocation Form.

ຊື່ຂອງທ່ານ	ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບປປ)
ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງກົດໝາຍ	ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງກົດໝາຍ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບປປ)