

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCMI): NON-AB 133¹ (ВЕРСИЯ 2.0)

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

Форма ASCMI: «Не AB 133» может использоваться для разрешения обмена данными в отношении лиц, проживающих в Калифорнии, которые не соответствуют критериям для использования формы ASCMI: AB 133. Это включает всех лиц, которые:

1. Не зарегистрированы в программе управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal.
2. Не получают услуги в области поведенческого здоровья по программе Medi-Cal.
3. Не участвуют в уголовно-правовой системе и не имеют права на получение льгот Medi-Cal перед освобождением.

_____ хочет помочь с координацией ваших медицинских и социальных услуг, чтобы вы могли вести более здоровый образ жизни. Ваш Партнёр по уходу может попросить вас подписать форму, если 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 приведённой ниже информацией, чтобы узнать подробнее о целях обмена данными и 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.

¹ AB 133 относится к Законопроекту Ассамблеи штата Калифорния № 133 (California Assembly Bill 133)

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): NON-AВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

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

Информация о клиенте

Имя клиента: _____ Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Почтовый адрес, город/штат, почтовый индекс²: _____

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 ваши выборы согласия и сообщить, если срок вашего согласия истёк.³ Пожалуйста, отметьте ниже поле с вашим выбором:

Да (необходимо указать номер телефона выше)

Текстовые сообщения и телефонные звонки

Только текстовые сообщения

Только телефонные звонки

Нет

Информация о Партнере по уходу

Этот раздел должен быть заполнен Партнёром по уходу, получающим согласие от указанного выше Клиента 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: _____

² Это может быть любой адрес, по которому вы можете получать почту, включая адрес друга, приюта или члена семьи.

³ Это может повлечь за собой расходы на использование вашего мобильного телефона.

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): NON-AВ 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, запросе жилищной поддержки или поиске терапевта.
- » Предоставление вам медицинских, стоматологических, психиатрических услуг и лечения при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ.
- » Получение оплаты от вашей страховой компании за лечение и предоставленные вам услуги.
- » Подключение вас к программам, услугам и ресурсам, которые могут способствовать улучшению вашего здоровья и благополучия.
- » Сбор информации для того, чтобы _____ помочь улучшить качество оказываемой вам помощи.

1.2 Кто может передавать и получать вашу информацию

Партнёры по уходу могут передавать 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 могут включать:

- » Медицинских работников, включая лечащих врачей и специалистов по психическому здоровью.
- » 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.
- » 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): NON-AВ 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.
- » Некоторая информация о психическом здоровье.
- » Информация об интеллектуальных нарушениях развития
- » Результаты теста на ВИЧ.
- » Результаты генетических тестов
- » Информация о жилье, включая ваш текущий статус, историю проживания и получаемую поддержку.

Более подробная информация о каждом из перечисленных выше типов информации приведена в Разделе 2.1 данной 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 медицинской и социальной информации без вашего согласия для следующих целей:

- » 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 (см. исключения ниже).
- » Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, которая не защищена федеральным законом 42 C.F.R. Часть 2.
- » Информация о медицинском страховании.

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): NON-AB 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 шесть особых разрешений:

1. Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ
2. Личная информация, связанная с жильём
3. Информация о психическом здоровье
4. Информация об интеллектуальных нарушениях и нарушениях развития
5. Результаты теста на ВИЧ
6. Результаты генетических тестов

**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 «Нет» в форме, это не повлияет на ваше право на получение льгот или возможность получать медицинскую помощь и услуги.

- » Если вы выберете **«Нет/Не относится ко мне»** в форме, ваши Партнёры по уходу не будут передавать ту информацию, для которой вы выбрали «Нет» или «Не относится ко мне».
 - 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): NON-AB 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, защищённой «Частью 2», о диагнозе или лечении расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, чтобы специалисты 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 информация, защищённая «Частью 2», была использована или передана, она может больше не защищаться «Частью 2» или не защищаться тем же образом, как до её использования или передачи. 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, с которыми ваш поставщик услуг по лечению расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ в соответствии с Частью 2, поделился вашей информацией, обратившись к своему поставщику этих услуг.

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): NON-AB 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 своё разрешение местному поставщику жилищных услуг передавать личную информацию обо мне, связанную с жильём, включая мой жилищный статус, историю и получаемую поддержку, в его Систему управления информацией о бездомности (Homeless Management Information System) и другим Партнёрам по уходу, таким как мой поставщик медицинских услуг.

Да Нет/Не относится ко мне

3. Информация о психическом здоровье

Для передачи части вашей информации о психическом здоровье требуется ваше согласие. Сюда входит информация о психиатрической помощи, которую вы могли получить от поставщиков в вашем районе, например, записи о лечении, данные о рецептах или оценках. Она также может включать информацию о психическом здоровье, если вы получали помощь в государственном или окружном госпитале, психиатрическом учреждении или находясь в тюрьме.

Ваше согласие: Я даю разрешение своим Партнёрам по уходу передавать мою информацию о психическом здоровье.

Да Нет/Не относится ко мне

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): NON-AB 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

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

4. Информация об интеллектуальных нарушениях и нарушениях развития

- » Для передачи определённой информации, связанной с вашими интеллектуальными нарушениями и нарушениями развития, требуется ваше согласие. Это состояния, которые влияют на работу мозга и тела человека. Обычно они начинаются до 22-летнего возраста и продолжаются всю жизнь. Интеллектуальные нарушения могут затруднять обучение, решение проблем и выполнение повседневных задач. Нарушения развития — это более широкая группа состояний, которые могут влиять на физические способности, мышление, речь и поведение. Примеры интеллектуальных нарушений и нарушений развития включают аутизм, синдром Дауна, детский церебральный паралич и эпилепсию.
- » Людям с такими нарушениями иногда требуется больше поддержки в жизни, но это не уменьшает их ценности, способностей и вклада в жизнь их сообществ. Каждый человек уникален и обладает своими особыми навыками и потребностями. Обмен информацией о вашем интеллектуальном нарушении и нарушении развития между различными организациями позволяет всем специалистам, которые вас поддерживают, лучше понимать, как именно помочь вам.

Ваше согласие: Я даю разрешение моим Партнёрам по уходу делиться информацией о моих интеллектуальных нарушениях и нарушениях развития.

Да Нет/Не относится ко мне

5. Результаты теста на ВИЧ

Ваше согласие требуется для передачи результатов теста на ВИЧ, которые вы могли получить, другому Партнёру по уходу, который не предоставляет вам помощь, связанную непосредственно с ВИЧ.

Ваше согласие: Я даю разрешение моим Партнёрам по уходу делиться результатами моего теста на ВИЧ.

Да Нет/Не относится ко мне

6. Результаты генетических тестов

Ваше согласие требуется, чтобы ваш медицинский страховой план, включая Medi-Cal, мог передавать результаты любых генетических тестов, которые вы могли пройти. Результаты генетических тестов — это лабораторные анализы, используемые для выявления определённых генетических заболеваний или состояний здоровья, которые могут у вас быть.

Ваше согласие: Я даю разрешение моим Партнёрам по уходу делиться результатами моих генетических тестов.

Да Нет/Не относится ко мне

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): NON-AB 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

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

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. Вы можете заполнить новую форму ASCMI с изменениями, которые хотите внести.

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

ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM): NON-AB 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, вы можете в любое время изменить своё решение и отозвать согласие в письменной форме, используя форму отзыва ASCMI (ASCM Revocation Form).

Ваше имя	Ваша подпись	Дата (мм/дд/гггг)
Имя родителя/опекуна/ законного представителя	Подпись родителя/опекуна/ законного представителя	Дата (мм/дд/гггг)