

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASDMI) NA FORM: HINDI AB 133 ¹ (BERSYON 2.0)

Unang Pangalan	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
----------------	------------------	----------	-----------------------	---

Ang “ASDMI na Form: Ang hindi AB 133” ay maaaring gamitin upang pahintulutan ang pagbabahagi ng data para sa mga indibidwal na naninirahan sa California na hindi nakakatugon sa mga pamantayan upang magamit ang ASDMI na Form: AB 133 Kabilang dito ang lahat ng indibidwal na:

1. Hindi nakatala sa isang plano sa pinamamahalaang pangangalaga ng Medi-Cal.
2. Hindi tumatanggap ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali sa ilalim ng Medi-Cal.
3. Hindi sangkot sa kriminal na sistemang legal na kuwalipikado para sa pre-release na mga benepisyo ng Medi-Cal.

_____ gustong tumulong sa pag-uugnay ng iyong mga serbisyong pangkalusugan at panlipunan upang mamuhay ka nang mas malusog. Maaaring hilingin sa iyo ng iyong Kasosyo sa Pangangalaga na lagdaan ang Form kapag kailangan nila ang iyong pahintulot na ibahagi ang iyong impormasyon sa ibang tao o organisasyon kung saan ka tumatanggap ng pangangalaga o mga serbisyo. Ang Form ay hindi inilaan upang pahintulutan ang pangkalahatang pagpapalabas ng iyong impormasyon kapag hindi kinakailangan para sa pag-uugnay sa iyong pangangalaga. Mangyaring tingnan sa ibaba para sa karagdagang detalye sa layunin ng pagbabahagi ng impormasyon at kung sino ang maaaring magbahagi at tumanggap ng iyong impormasyon.

Ang ASDMI Form na ito ay:

- » Magpapaliwanag kung anong impormasyon tungkol sa iyo ang maaaring ibahagi upang makatulong sa pakikipag-uugnayan ng iyong pangangalaga.
- » Magpapaliwanag kung paano maaaring ibahagi at gamitin ang iyong impormasyon.
- » Hihiling sa iyong pahintulot na ibahagi ang ilang partikular na uri ng iyong impormasyon. Ang mga uri ng impormasyon ay nakalista sa Seksyon 1.3 ng ASDMI na Form.

¹ AB 133 ay tumutukoy sa California Assembly Bill 133.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCM) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

Unang Pangalan	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
----------------	------------------	----------	-----------------------	---

Impormasyon sa Kliyente

Pangalan ng Kliyente: _____ Petsa ng Kapanganakan (bb/aa/tttt): _____

Address na Papadalhan ng Koreo, Lungsod/Estado, Zip Code ²: _____

Residensyal na Address, Lungsod/Estado, Zip Code (opsyonal): _____

Numero ng Telepono (opsyonal): _____ E-mail Address (opsyonal): _____

Nagbibigay ka ba ng pahintulot para sa iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng teks o tawag sa telepono? Ang iyong Kasosyo sa Pangangalaga ay maaaring makipag-ugnayan sa iyo upang pag-usapan ang tungkol sa iyong mga pagpipilian sa pagpapahintulot at upang ipaalam sa iyo kung ang iyong pahintulot ay nawalan na ng bisa. ³ Pakilagyan ng tsek ang kahon ng iyong pinili sa ibaba:

Oo (Dapat magbigay ng numero ng telepono sa itaas)

Teks at tawag sa telepono

Teks lamang

Tawag sa telepono lamang

Hindi

Impormasyon ng Kasosyo sa Pangangalaga

Dapat itong kumpletuhin ng Kasosyo sa Pangangalaga sa pagkuha ng pahintulot mula sa Kliyente sa itaas upang ibunyag ang kanilang impormasyon.

Pangalan ng Kasosyo sa Pangangalaga: _____

Pangalan ng Organisasyon: _____

Numero ng National Provider Identifier (NPI) (kung naaangkop): _____

Taxpayer Identification Number (TIN): _____

Numero ng Telepono: _____ Numero ng Fax (opsyonal): _____

Address na Papadalhan ng Koreo, Lungsod/Estado, Zip Code: _____

² Ito ay maaaring maging anumang address kung saan maaari kang makatanggap ng koreo, kabilang ang address ng isang kaibigan, tirahan, o miyembro ng pamilya.

³ Ito ay maaaring magresulta sa mga singil sa iyong cell phone.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCM) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
Unang Pangalan				

Seksyon 1: Pangkalahatang-ideya ng Pagbabahagi ng Iyong Personal na Impormasyon

1.1 Layunin ng Pagbabahagi ng Impormasyon

Ang iyong personal na impormasyong nakalista sa Seksyon 1.3 sa ibaba ay maaaring ibahagi sa maraming dahilan, kabilang ang:

- » Pag-uugnay sa iyong pangangalaga. Halimbawa, pagtulong sa iyong magtakda ng appointment, pagtulong sa iyong humiling ng suporta sa pabahay, o pagtulong sa iyong maghanap ng therapist.
- » Pagbibigay sa iyo ng medikal, dental, kalusugang pangkaisipan, at paggamot at mga serbisyo sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga.
- » Pagkuha ng bayad mula sa iyong tagapagbigay ng seguro para sa paggamot at mga serbisyong ibinigay sa iyo.
- » Pag-uugnay sa iyo sa mga programa, serbisyo, at mapagkukunan na makakatulong sa pagpapabuti ng iyong kalusugan at kagalingan.
- » Nangongolekta ng impormasyon upang _____ maaaring makatulong sa pagpapabuti ng pangangalagang natatanggap mo.

1.2 Sino ang Maaaring Magbahagi at Makatanggap ng Iyong Impormasyon

Maaaring ibahagi ng Mga Kasosyo sa Pangangalaga ang iyong impormasyon. Ang Mga Kasosyo sa Pangangalaga ay mga tagapagbigay ng serbisyo at organisasyon na nakita mo dati, nakikita ngayon, o maaaring makita sa hinaharap. Maaaring kabilang sa Mga Kasosyo sa Pangangalaga na ito ang:

- » Mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga tagapagbigay ng pangunahing pangangalaga at tagapagbigay ng kalusugang pangkaisipan.
- » Mga tagapagbigay ng serbisyo sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga, gaya ng mga programa sa paggamot sa opioid at mga programa sa paggamot sa tahanan.
- » Mga organisasyong nakabatay sa komunidad at mga tagapagbigay ng serbisyo sa walang tirahan.
- » Mga plano sa segurong pangkalusugan, kabilang ang mga plano sa pinamamahalaang pangangalaga ng Medi-Cal at mga plano sa kalusugan ng pag-uugali.
- » Mga ahensya ng kalusugan ng county at mga serbisyong pantao.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
Unang Pangalan				

- » Kwalipikadong organisasyon ng impormasyon sa kalusugan.
- » Mga ahensya ng kalusugan at serbisyong pantao ng estado.

1.3 Mga Uri ng Impormasyon

Anong mga uri ng impormasyon ang nangangailangan ng iyong pahintulot na ibahagi?

Mayroong ilang mga uri ng impormasyon na maaari mong piliin na ibahagi o piliin na huwag ibahagi:

- » Impormasyon sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga na protektado ng 42 CFR Part 2.
- » Ilang impormasyon sa kalusugan ng isip.
- » Impormasyon sa kapansanan sa intelektwal at pag-unlad.
- » Mga resulta ng pagsusuri sa HIV.
- » Mga resulta ng pagsusuring henetiko.
- » Impormasyon sa pabahay, kabilang ang iyong katayuan sa pabahay, kasaysayan, at mga suporta.

Higit pang impormasyon tungkol sa bawat uri ng impormasyong nakalista sa itaas ay makikita sa Seksyon 2.1 ng Form na ito. Maaari mong piliin kung ibibigay o hindi ang iyong pahintulot na ibahagi ang mga ganitong uri ng impormasyon. Kapag nagbigay ka ng iyong pahintulot, nangangahulugan iyon na ibinibigay mo ang iyong pahintulot na ibahagi ang impormasyong ito.

Maaaring gamitin at ibahagi ng ilan sa iyong mga Kasosyo sa Pangangalaga ang ilan sa iyong impormasyon sa kalusugan at mga serbisyong panlipunan nang walang pahintulot mo na:

- » Gamutin ka.
- » Kumuha ng bayad para sa mga serbisyo.
- » Patakbuhan ang kanilang organisasyon at iugma ang iyong pangangalaga.

Anong mga uri ng impormasyon ang maaaring ibahagi nang wala ang iyong pahintulot?

- » Impormasyong medikal at mental na kalusugan (tingnan ang mga pagbubukod sa ibaba).

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCM) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

Unang Pangalan	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
----------------	------------------	----------	-----------------------	---

- » Impormasyon sa karamdaman sa paggamit ng pinagbabawal na droga na hindi protektado ng pederal na batas 42 CFR Bahagi 2.
- » Impormasyon sa Seguro sa Kalusugan:

Seksyon 2: Humiling ng Iyong Pahintulot

2.1 Mga Espesyal na Pahintulot

Mayroong anim na espesyal na pahintulot na hinihiling mula sa iyo:

1. Impormasyon sa Sakit sa Paggamit ng Pinagbabawal na Droga
2. Personal na Impormasyong Kaugnay ng Pabahay
3. Impormasyon sa Kalusugan ng Pag-iisip
4. Impormasyon sa Kapansanan sa Intelektwal at Pag-unlad
5. Mga Resulta ng Pagsusuri sa HIV
6. Mga Resulta ng Pagsusuring Henetiko

Piliin ang "Oo" o "Hindi / Hindi naaangkop sa akin" para sa bawat espesyal na pahintulot

Ang pagpili sa "Oo" o "Hindi / Hindi naaangkop sa akin" ay iyong pinili. Kahit na piliin mo ang "Hindi" sa Form, hindi nito babaguhin ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo o kakayahang tumanggap ng pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo.

- » Kung pipiliin mo **ang "Hindi / Hindi nalalapat sa akin"** sa Form, hindi ibabahagi ng iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga ang impormasyon kung saan pinili mo ang "Hindi" o "Hindi naaangkop sa akin."
 - Kung pipiliin mong hindi lagdaan ang Form, hindi ibabahagi ng iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga ang impormasyong inilalarawan sa seksyong ito.
- » Kung pipiliin mo **ang "Oo"** sa Form, ang iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga ay maaaring magbahagi ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyo na makakatulong sa kanilang pag-ugnayin ang iyong pangangalaga. Makakatulong din ito sa kanila na ikonekta ka nang mas madali sa iba pang mga serbisyo.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCMI) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
Unang Pangalan				

1. Impormasyon sa Sakit sa Paggamit ng Pinagbabawal na Druga

- » Ang ilang impormasyon sa paggamit ng pinagbabawal na droga ay protektado ng pederal na batas 42 CFR Part 2, na karaniwang tinutukoy bilang "Bahagi 2." Maaaring sabihin sa iyo ng iyong Kasosyo sa Pangangalaga na gumagamot sa iyong sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga kung ang impormasyon ng iyong sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga ay protektado ng 42 CFR Bahagi 2.
- » Maaari mong ibigay ang iyong pahintulot na ibahagi ang Bahagi 2 na impormasyon sa diyagnosis o paggamot sa paggamit ng pinagbabawal na droga upang gamutin ka ng mga tagapagbigay ng paggamot, makakuha ng bayad para sa mga serbisyo, patakbuhan ang kanilang organisasyon, at iugnay ang iyong pangangalaga.
- » Kapag nagbigay ka ng pahintulot na ibahagi ang iyong Bahagi 2 na impormasyon sa paggamit ng pinagbabawal na gamot sa Medi-Cal, iyong planong pangkalusugan, o ibang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, pinapayagan silang ibahagi ang impormasyong iyon sa ibang Mga Kasosyo sa Pangangalaga para sa parehong mga layuning nakasaad sa bullet sa itaas. Maaari rin nilang ibahagi ang iyong impormasyon nang wala ang iyong pahintulot para sa iba pang mga layunin na pinapayagan sa ilalim ng batas ng pederal at estado. Hindi nila maaaring ibahagi ang impormasyong ito para sa sibil, kriminal, administratibo, at pambatasan na mga paglilitis laban sa iyo.
- » Kapag nagamit na o naibahagi na ang iyong impormasyon sa paggamit ng pinagbabawal na droga sa Bahagi 2, maaaring hindi na ito maprotektahan ng Bahagi 2 o maprotektahan sa parehong paraan bago ito ginamit o ibinahagi. Ang iyong Bahagi 2 na impormasyon sa paggamit ng pinagbabawal na droga ay maaaring protektahan ng ibang mga batas na nagpoprotekta sa iyong impormasyong pangkalusugan.
- » Makakakuha ka ng listahan ng Mga Kasosyo sa Pangangalaga kung saan ibinahagi ng iyong tagapagbigay ng paggamot sa Bahagi 2 na sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa iyong mga tagapagbigay ng serbisyo sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga.

Iyong Pahintulot: Nagbibigay ako ng pahintulot sa aking mga tagapagbigay ng paggamot sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga na ibahagi ang aking nakaraan, kasalukuyan, at hinaharap na impormasyon tungkol sa karamdaman sa paggamit ng droga , kabilang ang impormasyong protektado ng Bahagi 2.

Oo Hindi / Hindi naaangkop sa akin

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCMI) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
Unang Pangalan				

2. Personal na Impormasyong Kaugnay ng Pabahay

Kung kailangan mo ng mga serbisyo sa pabahay, maaari kang makakuha ng tulong sa pamamagitan ng Coordinated Entry. Ang Coordinated Entry ay mga lokal na organisasyon na tumutulong sa pakikipag-ugnayan ng mga serbisyo sa pabahay para sa mga taong nangangailangan ng mga ito. Maaaring kailanganin ng mga organisasyong ito ang iyong pahintulot na ibahagi ang iyong impormasyong nauugnay sa pabahay sa Homeless Management Information Systems at iba pang Mga Kasosyo sa Pangangalaga, gaya ng iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan. Ang mga sistemang ito ay ginagamit ng mga organisasyon ng pabahay upang magkaloob at makipag-ugnay ng mga serbisyo sa suporta sa pabahay at pabahay.

Iyong Pahintulot: Ibinibigay ko ang aking pahintulot para sa aking lokal na tagapagkaloob ng pabahay na magbahagi ng personal na impormasyon tungkol sa akin na may kaugnayan sa pabahay kabilang ang aking katayuan sa pabahay, kasaysayan, at mga suporta sa Sistema ng Impormasyon sa Pamamahala ng Walang Tahanan at iba pang Mga Kasosyo sa Pangangalaga, tulad ng aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan.

Oo Hindi / Hindi naaangkop sa akin

3. Impormasyon sa Kalusugan ng Pag-iisip

Ang iyong pahintulot ay kinakailangan upang ibahagi ang ilan sa iyong impormasyon sa kalusugan ng isip. Kabilang dito ang impormasyon tungkol sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na maaaring natanggap mo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo sa iyong komunidad, tulad ng mga talaan ng paggamot, mga detalye ng reseta, o mga pagtatasa. Maaari rin itong magsama ng impormasyon sa kalusugan ng isip kung nakatanggap ka ng pangangalaga sa isang estado o county na ospital o institusyong pangkaisipan, o habang ikaw ay nasa kulungan.

Iyong Pahintulot: Nagbibigay ako ng pahintulot para sa aking Mga Kasosyo sa Pangangalaga na ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan ng isip.

Oo Hindi / Hindi naaangkop sa akin

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCM) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
Unang Pangalan				

4. Impormasyon sa Kapansanan sa Intelektwal at Pag-unlad

- » Ang iyong pahintulot ay kinakailangan upang ibahagi ang ilang partikular na impormasyon tungkol sa iyong mga kapansanan sa intelektwal at pag-unlad. Ito ang mga kondisyon na nakakaapekto sa kung paano gumagana ang utak at katawan ng isang tao. Karaniwan silang nagsisimula bago ang edad na 22 at tumatagal sa buong buhay. Ang mga kapansanan sa intelektwal ay maaaring magpahirap sa pag-aaral, paglutas ng problema, at mga pang-araw-araw na gawain. Ang mga kapansanan sa pag-unlad ay isang mas malawak na grupo na maaaring makaapekto sa mga pisikal na kakayahan, pag-iisip, wika, at pag-uugali. Ang mga halimbawa ng mga kapansanan sa intelektwal at pag-unlad ay kinabibilangan ng autism, Down syndrome, cerebral palsy, at epilepsy.
- » Ang mga taong may ganitong mga kapansanan kung minsan ay nangangailangan ng higit na suporta sa buhay, ngunit hindi nito binabago ang halaga, kakayahan, o kontribusyon ng isang tao sa kanilang mga komunidad. Lahat ay natatangi at may iba't ibang kakayahan at pangangailangan. Ang pagbabahagi ng impormasyon tungkol sa iyong kapansanan sa intelektwal at pag-unlad sa pagitan ng iba't ibang ahensya ay maaaring mangahulugan na ang lahat ng indibidwal na sumusuporta sa iyo ay higit na nakakaalam kung paano ka tutulungan.

Ang iyong Pahintulot: Nagbibigay ako ng pahintulot para sa aking Mga Kasosyo sa Pangangalaga na ibahagi ang aking impormasyon sa intelektwal at kapansanan sa pag-unlad.

Oo Hindi / Hindi naaangkop sa akin

5. Mga Resulta ng Pagsusuri sa HIV

Kinakailangan ang iyong pahintulot upang maibahagi ang anumang resulta ng HIV na pagsusuri na maaaring natanggap mo sa ibang Care Partner na hindi direktang nagbibigay sa iyo ng pangangalagang may kaugnayan sa HIV.

Iyong Pahintulot: Nagbibigay ako ng pahintulot para sa aking Mga Kasosyo sa Pangangalaga na ibahagi ang mga resulta ng aking pagsusuri sa HIV.

Oo Hindi / Hindi naaangkop sa akin

6. Mga Resulta ng Pagsusuring Henetiko

Ang iyong pahintulot ay kinakailangan para sa iyong plano sa segurong pangkalusugan, kabilang ang Medi-Cal, upang ibahagi ang mga resulta ng anumang pagsusuring henetiko na maaaring natanggap mo. Ang mga resulta ng pagsusuring henetiko ay mga pagsusuri sa laboratoryo na ginagamit upang tukuyin ang ilang partikular na henetikong sakit o kondisyon ng kalusugan na maaaring mayroon ka.

Iyong Pahintulot: Nagbibigay ako ng pahintulot para sa aking Mga Kasosyo sa Pangangalaga na ibahagi ang aking mga resulta ng pagsusuring henetiko.

Oo Hindi / Hindi naaangkop sa akin

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASDMI) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

Unang Pangalan	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
----------------	------------------	----------	-----------------------	---

2.2 Ang Iyong Mga Karapatan

Ano ang iyong mga karapatan?

May karapatan kang:

- » Lagdaan ang Form na ito.
- » Huwag lagdaan ang Form na ito.
- » Tumanggap ng kopya ng Form na ito.
- » Baguhin ang iyong isip at bawiin ang iyong pahintulot.

Kung pipirmahan mo ang Form na ito, maaari mo bang baguhin ang iyong isip mamaya?

Oo, may karapatan kang magbago ng isip tungkol sa pagbabahagi ng iyong impormasyon, at maaari mong baguhin o bawiin ang pahintulot na ito anumang oras. Upang baguhin o bawiin ang iyong pahintulot, makipag-usap sa iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga. Maaari mong kumpletuhin ang isang bagong ASDMI na Form gamit ang mga pagbabagong gusto mong gawin.

- » Ang anumang mga pagbabagong gusto mong gawin ay mangyayari sa araw na nilagdaan ang iyong bagong ASDMI na Form.
- » Ang pagbawi sa iyong pahintulot ay hindi makakaapekto sa impormasyong ibinahagi dati nang may pahintulot mo.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: HINDI AB 133 (BERSYON 2.0)

Unang Pangalan	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
----------------	---------------------	----------	--------------------------	---

2.3 Ang Iyong Lagda

Sa pagpirma sa Form na ito, naiintindihan mo at sumasang-ayon ka na:

- » Ang iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga, na nakalista sa Seksyon 1.2 ng Form na ito, ay maaaring gumamit at magbahagi ng kalusugan at personal na impormasyon na iyong pinili sa itaas para sa mga layuning inilarawan sa Seksyon 1.1 ng Form na ito.
- » Naiintindihan mo rin na kapag ibinahagi ang iyong impormasyon, maaaring hindi protektahan ng batas ng pederal o estado ang muling pagbabahagi ng impormasyong iyon.

Gaano katagal ang iyong pahintulot na ibahagi ang iyong impormasyon?

- » **Kung ikaw ay 18 taong gulang o mas matanda**, ang pahintulot na ito ay tatagal ng isang taon mula sa petsa ng pagpirma mo sa Form.
- » **Kung ikaw ay wala pang 18 taong gulang**, ang iyong pahintulot ay tatagal ng isang taon mula sa petsa ng pagpirma mo sa Form. Kung magiging 18 ka na, o kung nagbago ang iyong pag-iingat o guardianship, sa loob ng isang taong ito, kakailanganin mong magbigay ng bagong pahintulot.
- » Anuman ang iyong edad, maaari mong baguhin ang iyong isip at bawiin ang iyong pahintulot anumang oras sa pamamagitan ng pagsulat gamit ang ASCFI Form ng Pagbawi.

An iyong Pangalan	Ang iyong Lagda	Petsa (bb/aa/tttt)
Pangalan ng Magulang/ Tagapangalaga/Legal na Kinatawan	Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga/ Legal na Kinatawan	Petsa (bb/aa/tttt)