

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCMI): NON-AB 133¹ (ВЕРСІЯ 2.0)

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

«Форму ASCMI: Non-AB 133" можна використовувати для надання дозволу на передачу даних осіб, які проживають у Каліфорнії і не відповідають критеріям для використання «Форми ASCMI: AB 133». Це стосується всіх людей, які:

1. Не зараховані до плану керованого медичного обслуговування Medi-Cal.
2. Не отримують послуги з охорони психічного здоров'я за програмою Medi-Cal.
3. Не залучені до кримінально-правової системи та мають право на пільги Medi-Cal до звільнення.

_____ координувати ваші медичні та соціальні послуги, щоб ви могли жити більш здоровим життям. 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 AB 133 діє на підставі законопроекту 133 Асамблеї Каліфорнії.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): NON-AВ 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

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

Інформація про клієнта

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

Поштова адреса, місто/штат, поштовий індекс²: _____

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

³ Це може призвести до списання коштів з вашого мобільного телефону.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): NON-AВ 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 _____ могли допомогти покращити обслуговування, яке ви отримуєте.

1.2 Хто може надавати та отримувати вашу інформацію

Care Partners можуть ділитися вашою інформацією. Care Partners - це лікарі та організації, до яких ви зверталися раніше, звертаєтеся 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.
- » Плани медичного страхування, включаючи плани керованого медичного обслуговування Medi-Cal та плани охорони психічного здоров'я.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): NON-AВ 133 (ВЕРСІЯ 2.0)

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

- » Органи охорони здоров'я та соціальні служби округу.
- » 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).
- » Деяка інформація про психічне здоров'я.
- » Інформація про інтелектуальні порушення та порушення розвитку.
- » Результати тесту на ВІЛ.
- » Результати генетичних тестів.
- » 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.

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

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

Яка інформація може бути передана без вашої згоди?

- » Медична інформація та інформація про психічне здоров'я (див. винятки нижче).
- » Інформація про розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, яка не захищена федеральним законом 42 C.F.R. Part 2.
- » Інформація про медичне страхування.

РОЗДІЛ 2: Запит на отримання дозволу

2.1 Спеціальні дозволи

Ми просимо вас надати шість спеціальних дозволів:

1. Інформація про розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин
2. Особиста інформація, пов'язана з житлом
3. Інформація про психічне здоров'я
4. Інформація про інтелектуальні порушення та порушення розвитку
5. Результати тесту на ВІЛ
6. Результати генетичних тестів

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): NON-AB 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, звернувшись до спеціалістів, що лікують ваші 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 (ASCM): NON-AB 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

3. Інформація про психічне здоров'я

Ваша згода потрібна для того, щоб поділитися деякою інформацією про ваше психічне здоров'я. Сюди входить інформація про послуги з психічного здоров'я, які ви, можливо, отримували від лікарів/клінік у вашій місцевості, наприклад, записи про лікування, рецепти або оцінки. Вона також може містити інформацію про психічне здоров'я, якщо ви отримували медичну допомогу в лікарні чи психіатричній установі штату або округу або під час перебування у в'язниці.

Ваша згода: Я даю дозвіл моїм Care Partners ділитися інформацією про моє психічне здоров'я.

Так Ні / Мене це не стосується

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

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

4. Інформація про інтелектуальні порушення та порушення розвитку

- » Ваша згода необхідна для передачі певної інформації про ваші інтелектуальні порушення та порушення розвитку. Це стани, які впливають на роботу мозку та тіла людини. Зазвичай вони починаються у віці до 22 років і тривають протягом усього життя. Інтелектуальні порушення можуть ускладнювати навчання, вирішення проблем і виконання повсякденних завдань. Вади розвитку - це ширша група, яка може впливати на фізичні здібності, мислення, мову та поведінку. Прикладами інтелектуальних порушень та порушень розвитку є аутизм, синдром Дауна, церебральний параліч та епілепсія.
- » Люди з такими порушеннями іноді потребують більшої підтримки в житті, але це не змінює цінності людини, її навичок чи внеску в суспільство. Усі люди унікальні, мають різні навички та потреби. Обмін інформацією про ваші інтелектуальні порушення та порушення розвитку між різними установами може означати, що всі, хто вас підтримує, знають більше про те, як вам допомогти.

Ваша згода: Я даю дозвіл моїм Care Partners ділитися інформацією про мої інтелектуальні порушення та порушення розвитку.

Так Ні / Мене це не стосується

5. Результати тесту на ВІЛ

Ваша згода потрібна для того, щоб поділитися будь-якими результатами тесту на ВІЛ, які ви могли отримати, з іншим Партнером по догляду, який не надає вам безпосередньо допомогу, пов'язану з ВІЛ.

Ваша згода: Я даю дозвіл моїм Care Partners ділитися результатами мого тесту на ВІЛ.

Так Ні / Мене це не стосується

6. Результати генетичних тестів

Ваша згода необхідна для того, щоб ваш план медичного страхування, включаючи Medi-Cal, міг ділитися результатами будь-яких генетичних тестів, які ви могли отримати. Результати генетичних тестів - це лабораторні дослідження, які використовуються для виявлення певних генетичних захворювань або станів здоров'я, які можуть бути у вас.

Ваша згода: Я даю дозвіл моїм Care Partners ділитися результатами моїх генетичних тестів.

Так Ні / Мене це не стосується

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

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

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. Ви можете заповнити нову форму ASCMI із змінами, які ви хочете внести.

- » Будь-які зміни, які ви захочете внести, відбудуться в день підписання вашої нової Форми ASCMI.
- » Відкликання вашої згоди не вплине на інформацію, яка була надана раніше з вашої згоди.

ФОРМА ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCM): NON-AV 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 погоджуєтеся 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, ви можете передумати і відкликати свою згоду в будь-який час у письмовій формі, скориставшись «Формою відкликання ASCM».

Ваше ім'я	Ваш підпис	Дата (мм/дд/рррр)
Ім'я одного із батьків/опікуна/законного представника	Підпис одного із батьків/опікуна/законного представника	Дата (мм/дд/рррр)