

نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (2.0) (ASCMI): AB 133¹ (النسخة 2.0)

"نموذج ASCMI: يمكن استخدام نموذج AB 133" للسماح بمشاركة البيانات للأفراد التالي ذكرهم:

1. الأفراد المسجلين في برنامج الرعاية المدارة Medi-Cal.
2. الأفراد الذين يتلقون خدمات الصحة السلوكية بموجب برنامج Medi-Cal.
3. الأفراد المشاركون في النظام القانوني الجنائي الذي يؤهل للحصول على مخصصات Medi-Cal قبل الإفراج عنهم.

يريد برنامج Medi-Cal أن يساعدك في تنسيق خدماتك الصحية والاجتماعية حتى تتمكن من عيش حياة أكثر صحة. يتم توفير الرعاية والخدمات التي تحصل عليها من خلال Medi-Cal من قبل العديد من المنظمات. قد يطلب منك شريك الرعاية الخاص بك التوقيع على النموذج عندما يحتاج إلى موافقتك على مشاركة معلوماتك مع أشخاص أو مؤسسات أخرى تتلقى الرعاية أو الخدمات منها. لا يهدف النموذج إلى السماح بالإفصاح العام عن معلوماتك عندما لا تكون مطلوبة لتنسيق رعايتك. يرجى الاطلاع أدناه للحصول على المزيد من التفاصيل حول غرض مشاركة المعلومات ومن يمكنه مشاركة معلوماتك وتلقيها.

سيقوم نموذج ASCMI هذا بما يلي:

- « شرح ما هي المعلومات الخاصة بك التي يمكن مشاركتها للمساعدة في تنسيق الرعاية الخاصة بك.
- « شرح كيف يمكن مشاركة معلوماتك واستخدامها.
- « طلب الإذن منك لمشاركة أنواع معينة من معلوماتك. تم إدراج أنواع المعلومات في القسم 1-3 من نموذج ASCMI.

¹ يشير إلى مشروع قانون جمعية كاليفورنيا رقم 133 AB 133.

نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): AB 133 (النسخة 2.0)

معلومات العضو			
اسم العضو:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق): ²	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
العنوان البريدي، المدينة/الولاية، الرمز البريدي ³ :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
عنوان السكن، المدينة/الولاية، الرمز البريدي (اختياري):	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
رقم الهاتف (اختياري):	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
هل تسمح لشركاء الرعاية لديك بالتواصل معك عبر الرسائل النصية أو المكالمات الهاتفية؟ قد يتواصل معك شريك الرعاية لمناقشة اختيارك المتعلقة بالموافقة، وإبلاغك في حالة انتهاء صلاحية موافقتك. ⁴ يرجى وضع علامة في الخانة التي تعبّر عن اختيارك أدناه:			
نعم (يجب تقديم رقم الهاتف أعلاه)			
مكالمة هاتفية فقط	<input type="checkbox"/>	رسائل نصية ومكالمات هاتفية	<input type="checkbox"/>
لا			

معلومات شريك الرعاية			
يجب أن يتم إكمال هذه العملية من خلال حصول شريك الرعاية على موافقة من العضو المذكور أعلاه لكتف عن معلوماته.	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
اسم شريك الرعاية:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
اسم المنظمة:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
رقم المعرف الوطني لمقدم الخدمة (NPI) (إذا كان الأمر ينطبق):	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
الرقم التعريفي لدافع الضرائب (TIN):	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
رقم الهاتف:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
رقم الفاكس (اختياري):	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
العنوان البريدي، المدينة/الولاية، الرمز البريدي:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

² رقم فهرس العميل هو أول تسعه رموز من رقم التعريف الموجود على الجانب الأمامي من بطاقة هوية مخصصات عضو Medi-Cal.

³ يمكن أن يكون المطلوب هو أي عنوان يمكن تلقي البريد عليه، بما في ذلك عنوان صديق أو مأوى أو أحد أفراد العائلة.

⁴ قد يؤدي هذا إلى فرض رسوم على هاتفك الخلوي.

نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): AB 133 (النسخة 2.0)

القسم 1: نظرة عامة حول مشاركة معلوماتك الشخصية

1-1 الغرض من مشاركة المعلومات

قد تتم مشاركة معلوماتك الشخصية المدرجة في القسم 1-3 أدناه لأسباب عديدة، منها:

- « تنسيق رعايتك. على سبيل المثال، مساعدتك في تحديد موعد، أو في طلب دعم السكن، أو في العثور على مقدم خدمة.
- « تزويدك بخدمات وعلاجات الرعاية الطبية ورعاية الأسنان والصحة النفسية وأضطرابات تعاطي المواد المخدرة.
- « تحصيل المدفوعات من شركة التأمين الصحي التي سجلت معها، مقابل العلاج والخدمات المقدمة لك.
- « ربطك بالبرامج والخدمات والموارد التي يمكن أن تساعد في تحسين صحتك ورفاهك.
- « جمع المعلومات حتى يتمكن Medi-Cal من مساعدتك في تحسين مستوى الرعاية التي تتلقاها.

1-2 من يمكنه مشاركة معلوماتك وتلقيها

يجوز لشركاء الرعاية مشاركة معلوماتك وتلقيها. شركاء الرعاية هم مقدمو الخدمات والمنظمات التي تعاملت معها سابقًا، أو تعامل معها حالياً، أو قد تعامل معها في المستقبل. يشمل هؤلاء الشركاء ما يلي:

- « مقدمو الرعاية الصحية، بما في ذلك أطباء الرعاية الأولية والمتخصصون في الصحة النفسية.
- « مقدمي خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة، مثل برامج علاج المواد الأفيونية وبرامج العلاج السكينية.
- « المنظمات المجتمعية ومقدمو خدمات المشردين.
- « مقدمو الرعاية في منشآت الإصلاح ومديريو الملفات فيها.
- « برامج التأمين الصحي، بما في ذلك برامج الرعاية المدارية Medi-Cal وبرامج الصحة السلوكية.
- « وكالات الخدمات الصحية والخدمات الإنسانية على مستوى المقاطعة.
- « منظمات المعلومات الصحية المعتمدة.
- « وكالات الخدمات الصحية والخدمات الإنسانية التابعة للولاية.

1-3 أنواع المعلومات

ما هي أنواع المعلومات التي تتطلب موافقتك على مشاركتها؟

هناك بعض أنواع المعلومات التي يمكنك اختيار مشاركتها أو عدم مشاركتها:

- « معلومات عن اضطراب تعاطي المواد التي يحميها القانون الفدرالي C.F.R. 42 الجزء 2.
- « معلومات الإسكان، بما في ذلك حالة الإسكان الخاصة بك، وتاريخها، ودعم الإسكان.

يمكنك العثور على المزيد من التفاصيل حول هذه الأنواع من المعلومات في القسم 1-2 من هذا النموذج. يمكنك اختيار ما إذا كنت تريده الموافقة على مشاركة هذه الأنواع من المعلومات أم لا. عندما تتوافق، فهذا يعني أنك تمنح الإذن لمشاركة هذه المعلومات.

نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): AB 133 (النسخة 2.0)

يمكن لبعض شركاء الرعاية لديك استخدام ومشاركة بعض معلوماتك المتعلقة بالرعاية الصحية والاجتماعية مع شركاء رعاية آخرين، بدون موافقتك، من أجل ما يلي:

- « تقديم العلاج لك.
- « تحصيل مدفوعات مالية مقابل الخدمات.
- « تشغيل منظمتهم وتنسيق رعايتك.

ما هي أنواع المعلومات التي يمكن مشاركتها بدون موافقتك؟

- « معلومات طبية وصحية نفسية.
- « معلومات عن اضطراب تعاطي المواد المخدرة التي لا يحميها القانون الفدرالي C.F.R. جزء 42 .2.
- « معلومات التأمين الصحي.
- « معلومات قانونية جنائية محددة، بما في ذلك بيانات الحجز، وتاريخ وأماكن الاحتجاز، وحالة الإفراج المشروط.

إذا كنت قيد الاحتجاز، أو كنت محتجزاً مؤخراً، فيمكن لشركاء الرعاية لديك مشاركة بعض المعلومات القانونية الجنائية الموضحة أعلاه. يمكنهم مشاركة تلك المعلومات لمساعدتك في التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي وتيسير وصولك إلى خدمات الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة. لا يجوز استخدام المعلومات في التحقيقات أو الإجراءات أو الملاحقات الجنائية أو الإدارية أو الجنائية، أو في إصدار الأحكام أو إنفاذ قوانين الهجرة، أو في إجراءات ودعوى محاكم الأسرة.

القسم 2: طلب الحصول على إذنك

1-2 الأذونات الخاصة

هناك إذنان من الأذونات الخاصة المطلوب منك الموافقة عليهما:

1. معلومات عن اضطراب تعاطي المواد المخدرة
2. المعلومات الشخصية المتعلقة بالإسكان

حدد "نعم" أو "لا / لا ينطبق على حالي" لكل إذن خاص

اختيار "نعم" أو "لا / لا ينطبق على حالي" هو اختيارك. حتى لو قمت بتحديد "لا / لا ينطبق على حالي" في النموذج، فلن يؤدي ذلك إلى تغيير أهليتك للحصول على المخصصات أو قدرتك على تلقي الرعاية الصحية أو الخدمات.

« إذا قمت بتحديد "لا / لا ينطبق على" في النموذج، فلن يشارك شركاء الرعاية لديك المعلومات التي حددتها "لا / لا ينطبق على حالي".

○ إذا اخترت عدم توقيع النموذج، فلن يشارك شركاء الرعاية لديك المعلومات الموضحة في هذا القسم.

« إذا قمت بتحديد "نعم" في النموذج، يمكن لشركاء الرعاية لديك مشاركة معلومات مهمة عنك تساعدهم في تنسيق رعايتك. سيساعدهم ذلك أيضاً على تيسير وصولك إلى الخدمات الأخرى بشكل أكبر.

نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): AB 133 (النسخة 2.0)

1. معلومات عن اضطراب تعاطي المواد المخدرة

- » تُخضع بعض معلومات تعاطي المواد المخدرة للحماية بموجب القانون الفدرالي 42 C.F.R. الجزء 2، الذي يشار إليه عادةً باسم "الجزء 2". يمكن لشريك الرعاية لديك الذي يعالج اضطراب تعاطي المواد المخدرة أن يخبرك ما إذا كانت معلومات اضطراب تعاطي المواد لديك محمية بموجب 42 C.F.R. الجزء 2 أم لا.
- » يمكنك منح الإذن بمشاركة معلومات تشخيص تعاطي المواد المخدرة أو علاجها في الجزء 2 حتى يتمكن مقدمو الخدمة من علاجك، أو الحصول على الدفع مقابل الخدمات، أو تشغيل مؤسستهم، أو تنسيق رعايتك.
- » عندما تمنح الإذن بمشاركة معلومات تعاطي المواد المخدرة بموجب الجزء 2 مع Medi-Cal أو برنامج التأمين الصحي الخاصة بك أو أي مقدم رعاية صحية آخر، فإنه يُسمح لهم بمشاركة تلك المعلومات مع شركاء الرعاية الآخرين لنفس الأغراض المذكورة في النقطة أعلاه. يجوز لهم أيضًا مشاركة معلوماتك دون الحصول على موافقتك لأغراض أخرى مسموح بها بموجب القانون الفدرالي وقانون الولاية. لا يجوز لهم مشاركة هذه المعلومات في الدعاوى المدنية والجنائية والإدارية والتشريعية المرفوعة ضدك.
- » بمجرد استخدام معلومات تعاطي المواد المخدرة بموجب الجزء 2 أو مشاركتها، فقد لا تكون محمية بموجب الجزء 2 أو محمية بنفس الطريقة التي كانت عليها قبل استخدامها أو مشاركتها. قد تكون معلوماتك المتعلقة باستخدام المواد المخدرة في الجزء 2 محمية بموجب قوانين أخرى تحمي معلوماتك الصحية.
- » يمكنك الحصول على قائمة بشركاء الرعاية الذين شارك مقدم الرعاية الخاص باضطراب تعاطي المواد المخدرة، الجزء 2 معلوماتك معهم عن طريق الاتصال بخدماتي الرعاية الخاصين باضطراب تعاطي المواد المخدرة.
- » موافقتك: أمنح الإذن لمقدمي علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة بمشاركة معلوماتي المتعلقة باضطراب تعاطي المواد المخدرة في الماضي والحاضر والمستقبل، بما في ذلك المعلومات المحمية بموجب الجزء 2.

نعم لا / لا ينطبق على حالي

نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI): AB 133 (النسخة 2.0)

2. المعلومات الشخصية المتعلقة بالإسكان

إذا كنت بحاجة إلى خدمات الإسكان، فقد تتمكن من الحصول على المساعدة من خلال نظام الخروج المنسق. نظام التنسيق الموحد للدخول عبارة عن منظمات محلية تساعد في تنسيق خدمات الإسكان للأشخاص الذين يحتاجون إليها. قد تحتاج هذه المنظمات إلى إذنك لمشاركة معلوماتك المتعلقة بالإسكان مع أنظمة معلومات إدارة المشردين وشركاء الرعاية الآخرين، مثل مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. تستخدم منظمات الإسكان هذه الأنظمة لتوفير خدمات الإسكان ودعم الإسكان وتنسيقها.

موافقتك: أمنح الإذن لمقدم خدمات الإسكان المحلي الخاص بي بمشاركة معلومات شخصية عني تتعلق بالإسكان بما في ذلك حالة الإسكان الخاصة بي وتاريخها والدعم مع نظام معلومات إدارة المشردين وشركاء الرعاية الآخرين، مثل مقدم الرعاية الصحية الخاص بي.

نعم لا / لا ينطبق على حالي

2-2 حقوقك

ما هي حقوقك؟

لكل الحق في:

- « التوقيع على هذا النموذج.
- « عدم التوقيع على هذا النموذج.
- « الحصول على نسخة من هذا النموذج.
- « تغيير رأيك والتراجع عن منح الإذن.

إذا قمت بالتوقيع على هذا النموذج، هل يمكنك تغيير رأيك لاحقاً؟

نعم، لديك الحق في تغيير رأيك بشأن مشاركة معلوماتك، ويمكنك تغيير هذه الموافقة أو التراجع عنها في أي وقت. لتغيير موافقتك أو التراجع عنها، تحدث مع شركاء الرعاية لديك. سيعين عليك إكمال نموذج ASCMI جديد بالتغييرات التي تريد إجراؤها.

- « سيتم إجراء أي تغييرات ترغب في إجرائها في اليوم الذي يتم فيه توقيع نموذج ASCMI الجديد الخاص بك.
- « لن ينطبق التراجع عن موافقتك على المعلومات التي تمت مشاركتها مسبقاً بموافقتك.

3-2 توقيعك

بالتوقيع على هذا النموذج، فإنك تدرك وتوافق على ما يلي:

- « يجوز لشركاء الرعاية الخاصين بك، المدرجين في القسم 2 من هذا النموذج، استخدام ومشاركة المعلومات الصحية والشخصية التي حددتها أعلاه للأغراض الموضحة في القسم 1 من هذا النموذج.
- « وتدرك أيضاً أنه عندما تتم مشاركة معلوماتك، فإن القانون الفدرالي أو قانون الولاية قد لا يحمي إعادة مشاركة تلك المعلومات.

نموذج منح الإذن لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (2.0) (ASCMI): AB 133 (النسخة 2.0)

ما هي مدة سريان موافقتك على مشاركة معلوماتك؟

- « إذا كان عمرك 18 عاماً أو أكبر، فستكون هذه الموافقة سارية لمدة عام واحد من تاريخ توقيعك على النموذج.
- « إذا كنت أقل من 18 عاماً، ستكون موافقتك سارية المفعول لمدة عام واحد من تاريخ توقيعك على النموذج. إذا بلغت سن 18 عاماً، أو إذا تغيرت الأمور المتعلقة بالوصاية، خلال هذه الفترة التي تبلغ عاماً واحداً، فسوف تحتاج إلى تقديم موافقة جديدة.
- « بعض النظر عن عمرك، سوف تحتاج إلى تقديم موافقة جديدة باستخدام نموذج ASCMI: AB 133 Non-AB إذا لم تعد تستوف المعايير الالزامية لاستخدام نموذج ASCMI Revocation. يمكنك أيضاً تغيير رأيك وسحب موافقتك في أي وقت كتابياً باستخدام نموذج ASCMI Revocation الخاص بالإلغاء.

اسم العضو	توقيع العضو	التاريخ (سنة/يوم/شهر)
اسمولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	توقيعولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	التاريخ (سنة/يوم/شهر)