

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133¹ (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

«ASCOMI ձև. AB 133» կարող է օգտագործվել հետևյալ անձանց տվյալներով կիսվելը լիազորելու համար.

1. Անհատներ, որոնք գրանցված են Medi-Cal կառավարվող խնամքի ծրագրում:
2. Medi-Cal-ի շրջանակներում վարքագծային առողջության ծառայություններ ստացող անձինք:
3. Քրեական իրավական համակարգում ներգրավված անձինք, որոնք որակավորվում են Medi-Cal-ի նախնական ազատման նպաստների համար:

Medi-Cal-ը ցանկանում է օգնել համակարգել ձեր առողջապահական և սոցիալական ծառայությունները, որպեսզի դուք կարողանաք ապրել ավելի առողջ կյանքով: Medi-Cal-ի միջոցով ստացվող խնամքն ու ծառայությունները մատուցվում են մի քանի կազմակերպությունների կողմից: Ձեր խնամքի գործընկերը կարող է խնդրել ձեզ ստորագրել ձևը, երբ նրան անհրաժեշտ է ձեր համաձայնությունը՝ ձեր տեղեկատվությունն այլ անձանց կամ կազմակերպությունների հետ կիսելու համար, որոնցից դուք խնամք կամ ծառայություններ եք ստանում: Ձևը նախատեսված չէ ձեր տեղեկատվության ընդհանուր բացահայտումը թույլատրելու համար, երբ դա անհրաժեշտ չէ ձեր խնամքը համակարգելու համար: Լրացուցիչ մանրամասների համար խնդրում ենք ստորև տեսնել տեղեկատվության կիսման նպատակի և այն մասին, թե ով կարող է կիսել և ստանալ ձեր տեղեկատվությունը:

Այս ASCMI ձևը կանի հետևյալը.

- » Կբացատրի, թե ձեր մասին ինչ տեղեկություններ կարող են կիսվել՝ ձեր խնամքը համակարգելու համար:
- » Կբացատրի, թե ինչպես կարող է ձեր տեղեկատվությունը կիսվել և օգտագործվել:
- » Կխնդրի ձեր թույլտվությունը՝ ձեր տեղեկատվության որոշակի տեսակներ կիսվելու համար: Տեղեկատվության տեսակները թվարկված են ASCMI ձևի Բաժին 1.3-ում:

¹ AB 133-ը վերաբերում է Կալիֆորնիայի ասամբլեայի Օրինագիծ 133-ին:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCM) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Անդամի մասին տեղեկություններ

Անդամի անունը՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ) _____

Medi-Cal հաճախորդի ինդեքսային համարը (ըստ անհրաժեշտության)² _____

Փոստային հասցե, քաղաք/նահանգ, փոստային ինդեքս³ _____

Բնակության հասցե, քաղաք/նահանգ, փոստային ինդեքս (ըստ ցանկության)՝ _____

Հեռախոսահամար (ըստ ցանկության)՝ _____ Էլ. հասցե (ըստ ցանկության)՝ _____

Դուք թույլատրո՞ւմ եք ձեր հսկման գործընկերներին կապվել ձեզ հետ հաղորդագրությունների կամ հեռախոսազանգի միջոցով: Ձեր հսկման գործընկերը կարող է կապ հաստատել ձեզ հետ՝ ձեր համաձայնության ընտրության վերաբերյալ և ձեր համաձայնության ժամկետը լրանալու դեպքում ձեզ տեղեկացնելու համար:⁴ Խնդրում ենք նշել ձեր ընտրության վանդակը ստորև:

Այո (պետք է վերևում նշեք հեռախոսահամարը)

Տեքստային հաղորդագրություն և հեռախոսազանգ

Միայն տեքստային հաղորդագրություն

Միայն հեռախոսազանգ

Ոչ

Խնամքի գործընկերոջ մասին տեղեկություններ

Սա պետք է լրացվի խնամքի գործընկերոջ կողմից՝ վերը նշված անդամից ստանալով համաձայնություն՝ իր տեղեկատվությունը բացահայտելու համար:

Խնամքի գործընկերոջ անունը՝ _____

Կազմակերպության անվանումը՝ _____

Ազգային մատակարարի նույնականացման համար (NPI) (ըստ անհրաժեշտության)՝ _____

Հարկ վճարողի հաշվառման համարը (TIN)՝ _____

Հեռախոսահամար՝ _____ Ֆաքսի համար (ըստ ցանկության)՝ _____

Փոստային հասցե, քաղաք/նահանգ, փոստային ինդեքս՝ _____

² Հաճախորդի ինդեքսային համարը Medi-Cal անդամի նպաստների նույնականացման քարտի առջևի մասում գտնվող նույնականացման համարի առաջին ինը նիշերն են:

³ Սա կարող է լինել ցանկացած հասցե, որտեղ կարող եք սամակներ ստանալ, ներառյալ ընկերոջ, ապաստարանի կամ ընտանիքի անդամի հասցեն:

⁴ Սա կարող է հանգեցնել ձեր բջջային հեռախոսի վճարի:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Բաժին 1. Ձեր անձնական տեղեկությունների կիսման համառոտ նկարագրություն

1.1 Տեղեկությունների կիսման նպատակը

Ստորև բերված Բաժին 1.3-ում թվարկված ձեր անձնական տեղեկությունները կարող են կիսվել բազմաթիվ պատճառներով, այդ թվում՝

- » Ձեր խնամքի համակարգումը: Օրինակ՝ օգնել ձեզ նշանակել հանդիպում, օգնել ձեզ բնակարանային աջակցություն խնդրել կամ օգնել ձեզ գտնել մատակարար:
- » Ձեզ բժշկական, ատամնաբուժական, հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարումների բուժման և ծառայությունների մատուցում:
- » Ձեր առողջության ապահովագրության ընկերությունից վճարում ստանալը ձեզ տրամադրված բուժման և ծառայությունների համար:
- » Ձեզ կապելն այն ծրագրերի, ծառայությունների և ռեսուրսների հետ, որոնք կարող են օգնել բարելավել ձեր առողջությունն ու բարեկեցությունը:
- » Տեղեկատվության հավաքագրում, որպեսզի Medi-Cal-ը կարողանա օգնել բարելավել ձեր ստացած խնամքը:

1.2 Ո՞վ կարող է կիսել և ստանալ ձեր մասին տեղեկությունները

Խնամքի գործընկերները կարող են կիսել և ստանալ ձեր տեղեկատվությունը: Խնամքի գործընկերները մատակարարներ և կազմակերպություններ են, որոնց հետ դուք նախկինում հանդիպել եք, հանդիպում եք հիմա կամ կարող եք հանդիպել ապագայում: Այս խնամքի գործընկերների թվում են՝

- » Առողջապահության ոլորտի մասնագետներ, այդ թվում՝ առաջնային խնամքի բժիշկներ և հոգեկան առողջության մասնագետներ:
- » Թմրանյութերի օգտագործման խանգարումների մատակարարներ, ինչպիսիք են օփիոիդային բուժման ծրագրերը և բնակելի հաստատություններում բուժման ծրագրերը:
- » Համայնքային կազմակերպություններ և անօթևանների ծառայություններ մատուցողներ:
- » Ուղղիչ հիմնարկների մատակարարներ և գործերի կառավարիչներ:
- » Առողջության ապահովագրության ծրագրեր, ներառյալ Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքի ծրագրերը և վարքագծային առողջության ծրագրեր:
- » Վարչաշրջանի առողջապահության և մարդկային ծառայությունների գործակալություններ:
- » Որակավորված առողջապահական տեղեկատվության կազմակերպություններ:
- » Նահանգային առողջապահության և մարդկային ծառայությունների գործակալություններ:

1.3 Տեղեկատվության տեսակները

Ի՞նչ տեսակի տեղեկություններ կիսելու համար է պահանջվում ձեր համաձայնությունը:

Կան տեղեկատվության մի քանի տեսակներ, որոնք կարող եք ընտրել՝ կիսվել կամ չկիսվել.

- » Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն, որը պաշտպանված է 42 CFR Մաս 2-ով:
- » Բնակարանային ապահովման մասին տեղեկատվություն, ներառյալ ձեր բնակարանային ապահովման կարգավիճակը, պատմությունը և բնակարանային աջակցությունը:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

Այս տեսակի տեղեկատվության վերաբերյալ ավելի մանրամասն տեղեկություններ կարող եք գտնել այս ձևի Բաժին 2.1-ում: Դուք կարող եք ընտրել՝ տալ ձեր համաձայնությունը այս տեսակի տեղեկատվությունը կիսելու համար, թե ոչ: Երբ դուք տալիս եք ձեր համաձայնությունը, դա նշանակում է, որ դուք տալիս եք ձեր թույլտվությունն այս տեղեկատվությունը կիսելու համար:

Ձեր խնամքի գործընկերներից մի քանիսը կարող են օգտագործել և կիսվել ձեր առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների որոշ տեղեկություններով այլ խնամքի գործընկերների հետ՝ առանց ձեր համաձայնության, հետևյալի համար.

- » Ձեզ բուժելու համար:
- » Ծառայությունների համար վճարում ստանալու համար:
- » Նրանց կազմակերպությունը կառավարելու և ձեր խնամքը համակարգելու համար:

Ի՞նչ տեսակի տեղեկություններ կարող են կիսվել առանց ձեր համաձայնության:

- » Բժշկական և հոգեկան առողջության վերաբերյալ տեղեկատվություն:
- » Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն, որը պաշտպանված չէ 42 CFR Մաս 2 դաշնային օրենքով:
- » Առողջության ապահովագրության մասին տեղեկատվություն:
- » Սահմանափակ քրեական իրավական տեղեկատվություն, ներառյալ կալանքի տակ պահելու տվյալները, բանտարկության ամսաթվերը և վայրը, ինչպես նաև պայմանական վաղաժամկետ ազատման կարգավիճակը:

Եթե դուք բանտարկված եք կամ վերջերս եք բանտարկվել, ձեր խնամքի գործընկերները կարող են կիսվել վերը նկարագրված որոշ քրեական իրավական տեղեկություններով: Նրանք կարող են կիսվել այդ տեղեկատվությամբ՝ ձեզ օգնելու դիմել առողջության ապահովագրության համար և ձեզ կապելու հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարումների ծառայությունների հետ: Տեղեկատվությունը չի կարող օգտագործվել քաղաքացիական, վարչական կամ քրեական հետաքննությունների, դատավարությունների կամ քրեական հետապնդումների, դատավճիռների կայացման, ներգաղթի իրավապահ մարմինների կամ ընտանեկան դատարանների վարույթների համար:

Բաժին 2. Ձեր թույլտվությունը խնդրելը

2.1 Հատուկ թույլտվություններ

Ձեզանից պահանջվում է երկու հատուկ թույլտվություն.

1. Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն
2. Բնակարանային ապահովման հարցերին վերաբերող անձնական տեղեկություններ

Յուրաքանչյուր հատուկ թույլտվության համար ընտրեք «Այո» կամ «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում»

«Այո» կամ «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում» ընտրությունը ձերն է: Նույնիսկ եթե ձևում ընտրեք «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում», դա չի փոխի ձեր՝ նպաստներ ստանալու իրավասությունը կամ առողջապահական օգնություն կամ ծառայություններ ստանալու կարողությունը:

- » Եթե ձևում ընտրեք **«Ոչ / Ինձ չի վերաբերում»**, ձեր խնամքի գործընկերները չեն կիսվի այլ տեղեկատվությամբ, որի համար դուք ընտրել եք «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում»:
 - Եթե որոշեք չստորագրել ձևը, ձեր խնամքի գործընկերները չեն կիսվի այս բաժնում նկարագրված տեղեկատվությամբ:
- » Եթե ձևում ընտրեք **«Այո»**, ձեր խնամքի գործընկերները կարող են կիսվել ձեր մասին կարևոր տեղեկություններով, որոնք կօգնեն նրանց համակարգել ձեր խնամքը: Դա նաև կօգնի նրանց ավելի հեշտությամբ կապել ձեզ այլ ծառայությունների հետ:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCM) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

1. Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն

- » Թմրանյութերի օգտագործման վերաբերյալ որոշ տեղեկություններ պաշտպանված են 42 CFR Մաս 2 դաշնային օրենքով, որը սովորաբար անվանում են «Մաս 2»: Ձեր՝ թմրանյութերի օգտագործման բուժումն իրականացնող ձեր խնամքի գործընկերը կարող է ձեզ տեղեկացնել, թե արդյոք ձեր թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվությունը պաշտպանված է 42 CFR Մաս 2-ով:
- » Դուք կարող եք ձեր թույլտվությունը տալ՝ կիսվելու Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման ախտորոշման կամ բուժման տեղեկատվությամբ, որպեսզի մատակարարները կարողանան բուժել ձեզ, ստանալ վճարում ծառայությունների համար, ղեկավարել իրենց կազմակերպությունը և համակարգել ձեր խնամքը:
- » Երբ դուք թույլտվություն եք տալիս ձեր Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման մասին տեղեկատվությունը Medi-Cal-ի, ձեր առողջապահական ծրագրի կամ այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողի հետ կիսվելու համար, Նրանք իրավունք ունեն այդ տեղեկատվությամբ կիսվել այլ խնամքի գործընկերների հետ վերևում նշված Նույն նպատակներով: Նրանք կարող են նաև կիսվել ձեր տեղեկատվությամբ առանց ձեր համաձայնության՝ այլ նպատակներով, որոնք թույլատրված են դաշնային և նահանգային օրենքներով: Նրանք չեն կարող կիսվել այս տեղեկատվությամբ ձեր դեմ քաղաքացիական, քրեական, վարչական և օրենսդրական վարույթների համար:
- » Երբ Ձեր Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման մասին տեղեկատվությունն օգտագործվել կամ կիսվել է, այն կարող է այլևս չպաշտպանվել Մաս 2-ով կամ չպաշտպանվել այնպես, ինչպես պաշտպանված էր մինչև դրա օգտագործումը կամ կիսվելը: Ձեր Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման մասին տեղեկատվությունը կարող է փոխարենը պաշտպանված լինել այլ օրենքներով, որոնք պաշտպանում են ձեր առողջական տեղեկատվությունը:
- » Դուք կարող եք ստանալ այն խնամքի գործընկերների ցանկը, որոնց հետ ձեր Մաս 2-ի թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մատակարարը կիսվել է ձեր տեղեկատվությամբ՝ կապվելով ձեր թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մատակարարի հետ:

Ձեր համաձայնությունը՝ Ես թույլատրում եմ իմ թմրանյութերի օգտագործման բուժման մատակարարներին կիսվել իմ անցյալի, ներկայի և ապագայի թմրանյութերի օգտագործման մասին տեղեկատվությամբ, ներառյալ Մաս 2-ով պաշտպանված տեղեկատվությունը:

Այո

Ոչ / Ինձ չի վերաբերում

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

2. Բնակարանային ապահովման հարցերին վերաբերող անձնական տեղեկություններ

Եթե ձեզ բնակարանային ծառայություններ են անհրաժեշտ, կարող եք օգնություն ստանալ «Համակարգված մուտք» (Coordinated Entry) ծրագրի միջոցով: «Համակարգված մուտքը» տեղական կազմակերպություններ են, որոնք օգնում են համակարգել բնակարանային ծառայությունները դրանց կարիք ունեցող մարդկանց համար: Այս կազմակերպություններին կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր թույլտվությունը՝ ձեր բնակարանային տեղեկատվությունն անօթևանների կառավարման տեղեկատվական համակարգերի և այլ խնամքի գործընկերների, օրինակ՝ ձեր առողջապահական ծառայություն մատուցողի հետ կիսվելու համար: Այս համակարգերն օգտագործվում են բնակարանային ապահովման կազմակերպությունների կողմից՝ բնակարան և բնակարանային աջակցության ծառայությունները մատուցելու և համակարգելու համար:

Ձեր համաձայնությունը՝ Ես թույլտվություն եմ տալիս իմ տեղական բնակարանային մատակարարին կիսվել իմ մասին բնակարանային պայմաններին վերաբերող անձնական տեղեկատվությամբ, ներառյալ իմ բնակարանային կարգավիճակը, պատմությունը և աջակցությունները, իր՝ Անօթևանների կառավարման տեղեկատվական համակարգի և այլ խնամքի գործընկերների հետ, ինչպիսին է իմ առողջապահական խնամքի մատակարարը:

Այո

Ոչ / Ինձ չի վերաբերում

2.2 Ձեր իրավունքները

Որո՞նք են ձեր իրավունքները:

Դուք իրավունք ունեք՝

- » Ստորագրել այս ձևը:
- » Չստորագրել այս ձևը:
- » Ստնալ այս ձևի պատճենը:
- » Փոխել ձեր միտքը և հետ վերցրեք ձեր թույլտվությունը:

Եթե ստորագրեք այս ձևը, կարո՞ղ եք հետագայում փոխել ձեր միտքը:

Այո, դուք իրավունք ունեք փոխելու ձեր որոշումը ձեր տեղեկատվությունը կիսելու վերաբերյալ, և կարող եք ցանկացած պահի փոխել կամ հետ վերցնել այս համաձայնությունը: Ձեր համաձայնությունը փոխելու կամ հետ վերցնելու համար խոսեք ձեր խնամքի գործընկերների հետ: Դուք պետք է լրացնեք ASCMI Նոր ձև՝ Նշելով այն փոփոխությունները, որոնք ցանկանում եք կատարել:

- » Ձեր կողմից կատարվող ցանկացած փոփոխություն կկատարվի ձեր Նոր ASCMI ձևի ստորագրման օրը:
- » Ձեր համաձայնությունը հետ վերցնելը չի վերաբերի այն տեղեկատվությանը, որը նախկինում տրամադրվել է ձեր համաձայնությամբ:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. AB 133 (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

2.3 Ձեր ստորագրությունը

Այս ձևը ստորագրելով՝ դուք հասկանում և համաձայնում եք, որ՝

- » Այս ձևի Բաժին 1.2-ում թվարկված ձեր խնամքի գործընկերները կարող են օգտագործել և կիսվել ձեր ընտրած առողջական և անձնական տեղեկություններով վերևում՝ այս ձևի Բաժին 1.1-նկարագրված նպատակներով:
- » Դուք նաև հասկանում եք, որ երբ ձեր տեղեկատվությունը կիսվում է, դաշնային կամ նահանգային օրենքը կարող է չպաշտպանել այդ տեղեկատվության վերահաղորդումը:

Որքա՞ն ժամանակ է գործում ձեր տեղեկատվությունը կիսելու ձեր համաձայնությունը:

- » **Եթե դուք 18 տարեկան կամ ավելի մեծ եք**, այս համաձայնությունն ուժի մեջ կլինի մեկ տարի՝ ձևը ստորագրելու օրվանից սկսած:
- » **Եթե դուք 18 տարեկանից փոքր եք**, ձեր համաձայնությունն ուժի մեջ կլինի մեկ տարի՝ ձևը ստորագրելու օրվանից սկսած: Եթե այս մեկ տարվա ընթացքում լրանա ձեր 18 տարեկանը կամ ձեր խնամակալությունը փոխվի, ապա դուք պետք է նոր համաձայնություն տաք:
- » Անկախ ձեր տարիքից, դուք պետք է նոր համաձայնություն տաք՝ օգտագործելով ASCMI ձևը: Ոչ-AB 133, եթե այլևս չեք համապատասխանում ASCMI ձևն օգտագործելու չափանիշներին. AB 133: Դուք կարող եք նաև ցանկացած պահի փոխել ձեր միտքը և հետ վերցնել ձեր համաձայնությունը գրավոր ձևով՝ օգտագործելով ASCMI-ի չեղարկման ձևը:

Անդամի անունը	Անդամի ստորագրություն	Ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)
Ծնողի/խնամակալի/Օրինական ներկայացուցչի անունը	Ծնողի/խնամակալի/Օրինական ներկայացուցչի ստորագրություն	Ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)