

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCMI) ¹ AB 133: (نسخه 2.0)

فرم 133 AB: «ASCMI» می‌تواند برای تأیید اشتراک‌گذاری داده‌ها برای افراد زیر استفاده شود:

1. افرادی که در یک طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal ثبت‌نام کرده‌اند.
2. افرادی که خدمات سلامت رفتاری را تحت پوشش Medi-Cal دریافت می‌کنند.
3. افراد درگیر در سیستم حقوقی کیفری که واجد شرایط دریافت مزایای مدیکل پیش از آزادی هستند.

مدی-کال می‌خواهد به هماهنگی خدمات بهداشتی و اجتماعی شما کمک کند تا بتوانید زندگی سالم‌تری داشته باشید. مراقبت و خدماتی که از طریق Medi-Cal دریافت می‌کنید توسط سازمان‌های متعددی ارائه می‌شود. شریک مراقبتی شما ممکن است از شما بخواهد که فرم را امضا کنید، زمانی که به رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات شما با سایر افراد یا سازمان‌هایی که از آنها مراقبت یا خدمات دریافت می‌کنید، نیاز داشته باشد. این فرم به منظور صدور مجوز برای انتشار عمومی اطلاعات شما در مواردی که برای هماهنگی مراقبت‌های شما لازم نیست، طراحی نشده است. برای جزئیات بیشتر در مورد هدف از اشتراک‌گذاری اطلاعات و اینکه چه کسانی می‌توانند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند، لطفاً به زیر مراجعه کنید.

این فرم ASCMI:

- « توضیح دهید که چه اطلاعاتی در مورد شما ممکن است برای کمک به هماهنگی مراقبت از شما به اشتراک گذاشته شود.
- « توضیح دهید که چگونه ممکن است اطلاعات شما به اشتراک گذاشته شود و مورد استفاده قرار گیرد.
- « برای به اشتراک گذاشتن انواع خاصی از اطلاعاتتان، از شما اجازه بگیرد. انواع اطلاعات در بخش 3.1 فرم ASCMI فهرست شده‌اند.

¹ از ماده 133 قانون اساسی به لایحه شماره 133 مجلس کالیفرنیا اشاره دارد.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (AB 133 (ASCMI): نسخه 2.0)

اطلاعات اعضا

نام عضو: _____ تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____

شماره فهرست مراجعین Medi-Cal (در صورت وجود) ²: _____

آدرس پستی، شهر/ایالت، کد پستی ³: _____

آدرس محل سکونت، شهر/استان، کد پستی (اختیاری): _____

شماره تلفن (اختیاری): _____ آدرس ایمیل (اختیاری): _____

آیا به شرکای مراقبتی خود اجازه می‌دهید از طریق پیامک یا تماس تلفنی با شما تماس بگیرند؟ شریک مراقبتی شما ممکن است با شما تماس بگیرد تا در مورد گزینه‌های رضایت شما صحبت کند و در صورت منقضی شدن رضایت شما، به شما اطلاع دهد. ⁴ لطفاً کادر مربوط به انتخاب خود را در زیر علامت بزنید:

بله (شماره تلفن باید در بالا ذکر شود)

فقط تماس تلفنی

فقط متن

پیامک و تماس تلفنی

خیر

اطلاعات شریک مراقبتی

این باید توسط شریک مراقبتی تکمیل شود و از عضو فوق رضایت برای افشای اطلاعات خود را دریافت کند.

نام شریک مراقبتی: _____

نام سازمان: _____

شماره شناسه ملی ارائه دهنده (NPI) (در صورت وجود): _____

شماره شناسایی مالیات دهنده (TIN): _____

شماره تلفن: _____ شماره فکس (اختیاری): _____

آدرس پستی، شهر/ایالت، کد پستی: _____

² شماره شاخص مشتری، نه حرف اول شماره شناسایی است که در جلوی کارت شناسایی مزایای عضو Medi-Cal قرار دارد.
³ این می‌تواند هر آدرسی باشد که بتوانید از طریق آن نامه دریافت کنید، از جمله آدرس یک دوست، پناهگاه یا یکی از اعضای خانواده.
⁴ این کار ممکن است منجر به اعمال هزینه برای تلفن همراه شما شود.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (AB 133 (ASCFI): نسخه 2.0)

بخش 1: مروری بر اشتراک‌گذاری اطلاعات شخصی شما

1.1 هدف از اشتراک‌گذاری اطلاعات

اطلاعات شخصی شما که در بخش 3.1 زیر ذکر شده است، ممکن است به دلایل زیادی از جمله موارد زیر به اشتراک گذاشته شود:

- « هماهنگی مراقبت شما. برای مثال، کمک به شما در تعیین وقت ملاقات، کمک به شما در درخواست پشتیبانی مسکن، یا کمک به شما در یافتن ارائه دهنده خدمات.
- « ارائه خدمات و درمان‌های پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان و اختلال مصرف مواد.
- « دریافت وجه از شرکت بیمه درمانی شما برای درمان و خدماتی که به شما ارائه می‌شود.
- « ارتباط شما با برنامه‌ها، خدمات و منابعی که می‌توانند به بهبود سلامت و تندرستی شما کمک کنند.
- « جمع‌آوری اطلاعات به گونه‌ای که Medi-Cal بتواند به بهبود مراقبت‌های دریافتی شما کمک کند.

2.1 چه کسی می‌تواند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارد و دریافت کند؟

شرکای مراقبتی ممکن است اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند. شرکای مراقبتی، ارائه دهندگان خدمات و سازمان‌هایی هستند که قبلاً دیده‌اید، اکنون می‌بینید یا ممکن است در آینده ببینید. این شرکای مراقبتی عبارتند از:

- « ارائه دهندگان خدمات درمانی، از جمله پزشکان مراقبت‌های اولیه و متخصصان سلامت روان.
- « ارائه دهندگان خدمات درمانی اختلال مصرف مواد، مانند برنامه‌های درمانی مواد افیونی و برنامه‌های درمانی اقامتی.
- « سازمان‌های مبتنی بر جامعه و ارائه دهندگان خدمات به بی‌خانمان‌ها.
- « ارائه دهندگان خدمات اصلاح و تربیت و مدیران پرونده.
- « طرح‌های بیمه سلامت، شامل طرح‌های مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal و طرح‌های سلامت رفتاری.
- « سازمان‌های بهداشت و خدمات انسانی شهرستان.
- « سازمان‌های اطلاعات سلامت و اجد شرایط.
- « سازمان‌های بهداشت و خدمات انسانی ایالتی.

3.1 انواع اطلاعات

چه نوع اطلاعاتی برای اشتراک‌گذاری نیاز به رضایت شما دارند؟

انواع مختلفی از اطلاعات وجود دارد که می‌توانید انتخاب کنید آنها را به اشتراک بگذارید یا نگذارید:

- « اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که توسط CFR 42 بخش 2 محافظت می‌شود.
- « اطلاعات مسکن، شامل وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های مسکن شما.

جزئیات بیشتر در مورد این نوع اطلاعات را می‌توانید در بخش 1.2 این فرم بیابید. شما می‌توانید انتخاب کنید که آیا برای به اشتراک گذاشتن این نوع اطلاعات رضایت می‌دهید یا خیر. وقتی رضایت خود را اعلام می‌کنید، به این معنی است که اجازه می‌دهید این اطلاعات به اشتراک گذاشته شود.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (AB 133 (ASCMI): (نسخه 2.0)

برخی از شرکای مراقبتی شما می‌توانند بدون رضایت شما، از اطلاعات سلامت و خدمات اجتماعی شما استفاده کرده و آنها را با سایر شرکای مراقبتی به اشتراک بگذارند تا:

« درمان شما.

« دریافت وجه برای خدمات.

« سازمان آنها را اداره کنید و مراقبت‌های خود را هماهنگ کنید.

چه نوع اطلاعاتی ممکن است بدون رضایت شما به اشتراک گذاشته شود؟

« اطلاعات پزشکی و سلامت روان.

« اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که توسط قانون فدرال 42 CFR بخش 2 محافظت نمی‌شود.

« اطلاعات بیمه سلامت

« اطلاعات حقوقی کیفری محدود، شامل اطلاعات رزرو، تاریخ و محل حبس و وضعیت آزادی مشروط.

اگر زندانی هستید یا اخیراً زندانی شده‌اید، شرکای مراقبتی شما می‌توانند برخی از اطلاعات حقوقی کیفری که در بالا توضیح داده شد را به اشتراک بگذارند. آنها می‌توانند این اطلاعات را به اشتراک بگذارند تا به شما در درخواست بیمه درمانی کمک کنند و شما را با خدمات سلامت روان و اختلال سوء مصرف مواد مرتبط سازند. این اطلاعات را نمی‌توان برای تحقیقات، دادرسی‌ها یا پیگردهای مدنی، اداری یا کیفری، صدور حکم، اجرای احکام مهاجرتی یا دادرسی‌های خانواده استفاده کرد.

بخش 2: درخواست اجازه شما

1.2 مجوزهای ویژه

دو مجوز ویژه از شما درخواست شده است:

1. اطلاعات اختلال مصرف مواد

2. اطلاعات شخصی مرتبط با مسکن

برای هر مجوز ویژه، «بله» یا «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کنید.

انتخاب «بله» یا «خیر / شامل من نمی‌شود» به انتخاب شماست. حتی اگر در فرم، گزینه «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کنید، این موضوع تغییری در واجد شرایط بودن شما برای دریافت مزایا یا توانایی دریافت مراقبت‌ها یا خدمات درمانی ایجاد نخواهد کرد.

« اگر در فرم، گزینه «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کنید، شرکای مراقبتی شما اطلاعاتی را که برای آن گزینه «خیر / شامل من نمی‌شود» را انتخاب کرده‌اید، به اشتراک نخواهند گذاشت.

○ اگر تصمیم به امضای فرم نگیرید، شرکای مراقبتی شما اطلاعات شرح داده شده در این بخش را به اشتراک نخواهند گذاشت.

« اگر در فرم «بله» را انتخاب کنید، شرکای مراقبتی شما می‌توانند اطلاعات مهمی در مورد شما به اشتراک بگذارند که به آنها در هماهنگی مراقبت از شما کمک خواهد کرد. همچنین به آنها کمک می‌کند تا شما را راحت‌تر به سایر خدمات متصل کنند.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (AB 133 (ASCMI): (نسخه 2.0)

1. اطلاعات اختلال مصرف مواد

- « برخی از اطلاعات مربوط به مصرف مواد توسط قانون فدرال CFR 42 بخش 2، که معمولاً به عنوان "بخش 2" شناخته می‌شود، محافظت می‌شوند. شریک مراقبتی شما که اختلال مصرف مواد شما را درمان می‌کند، می‌تواند به شما بگوید که آیا اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد شما تحت پوشش قانون CFR 42 بخش 2 قرار دارد یا خیر.
- « شما می‌توانید اجازه دهید اطلاعات تشخیص یا درمان سوءمصرف مواد بخش 2 به اشتراک گذاشته شود تا ارائه‌دهندگان خدمات بتوانند شما را درمان کنند، برای خدمات خود هزینه دریافت کنند، سازمان خود را اداره کنند و مراقبت‌های شما را هماهنگ کنند.
- « وقتی به اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به مصرف مواد بخش 2 خود با Medi-Cal، طرح درمانی خود یا یکی دیگر از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اجازه می‌دهید، آنها نیز مجاز هستند آن اطلاعات را با سایر شرکای مراقبتی خود برای همان اهداف ذکر شده در بالا به اشتراک بگذارند. آنها همچنین ممکن است اطلاعات شما را بدون رضایت شما برای اهداف دیگری که طبق قوانین فدرال و ایالتی مجاز است، به اشتراک بگذارند. آنها نمی‌توانند این اطلاعات را برای اقدامات مدنی، کیفری، اداری و قانونی علیه شما به اشتراک بگذارند.
- « زمانی که اطلاعات مربوط به مصرف مواد شما در بخش ۲ مورد استفاده یا اشتراک‌گذاری قرار گرفت، ممکن است دیگر تحت پوشش بخش ۲ نباشد یا به همان شکلی که قبل از استفاده یا اشتراک‌گذاری بود، محافظت نشود. اطلاعات مربوط به مصرف مواد شما در بخش ۲ ممکن است توسط قوانین دیگری که از اطلاعات سلامت شما محافظت می‌کنند، محافظت شود.
- « شما می‌توانید با تماس با ارائه‌دهنده خدمات اختلال مصرف مواد خود، فهرستی از شرکای مراقبتی که ارائه‌دهنده خدمات اختلال مصرف مواد بخش ۲ شما اطلاعات شما را با آنها به اشتراک گذاشته است، دریافت کنید.
- رضایت شما: من به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اختلال مصرف مواد خود اجازه می‌دهم اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد من در گذشته، حال و آینده، از جمله اطلاعاتی که توسط بخش 2 محافظت می‌شود را به اشتراک بگذارند.
- بله / خیر / شامل حال من نمی‌شود

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (AB 133 (ASCFI): (نسخه 2.0)

2. اطلاعات شخصی مرتبط با مسکن

اگر به خدمات مسکن نیاز دارید، ممکن است بتوانید از طریق Coordinated Entry کمک دریافت کنید. ورود هماهنگ، سازمان‌های محلی هستند که به هماهنگی خدمات مسکن برای افرادی که به آنها نیاز دارند، کمک می‌کنند. این سازمان‌ها ممکن است برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به مسکن شما با سیستم‌های اطلاعات مدیریت بی‌خانمان‌ها و سایر شرکای مراقبتی، مانند ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما، به اجازه شما نیاز داشته باشند. این سیستم‌ها توسط سازمان‌های مسکن برای ارائه و هماهنگی خدمات مسکن و پشتیبانی از مسکن استفاده می‌شوند.

رضایت شما: من به ارائه دهنده خدمات مسکن محلی خود اجازه می‌دهم تا اطلاعات شخصی مربوط به مسکن من، از جمله وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های من را با سیستم اطلاعات مدیریت بی‌خانمان‌ها و سایر شرکای مراقبتی، مانند ارائه دهنده خدمات درمانی من، به اشتراک بگذارد.

بله / خیر / شامل حال من نمی‌شود

2.2 حقوق شما

حقوق شما چیست؟

شما حق دارید:

- « این فرم را امضا کنید.
- « این فرم را امضا نکنید.
- « یک نسخه از این فرم را دریافت کنید.
- « نظرتان را عوض کنید و اجازه‌تان را پس بگیرید.

اگر این فرم را امضا کنید، آیا می‌توانید بعداً نظرتان را تغییر دهید؟

بله، شما حق دارید نظر خود را در مورد اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان تغییر دهید، و می‌توانید این رضایت را در هر زمانی تغییر دهید یا پس بگیرید. برای تغییر یا پس گرفتن رضایت خود، با شرکای مراقبتی خود صحبت کنید. شما باید یک فرم ASCFI جدید را با تغییراتی که می‌خواهید اعمال کنید، تکمیل کنید.

- « هر تغییری که بخواهید ایجاد کنید، در روزی که فرم جدید ASCFI شما امضا شود، اعمال خواهد شد.
- « پس گرفتن رضایت شما شامل اطلاعاتی که قبلاً با رضایت شما به اشتراک گذاشته شده است، نمی‌شود.

3.2 امضای شما

با امضای این فرم، شما موارد زیر را درک و موافقت می‌کنید:

- « شرکای مراقبتی شما، که در بخش 2.1 این فرم ذکر شده‌اند، می‌توانند از اطلاعات بهداشتی و شخصی انتخاب شده شما در بالا برای اهداف شرح داده شده در بخش 1.1 این فرم استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذارند.

فرم مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (AB 133 (ASCFI): (نسخه 2.0)

« شما همچنین درک می‌کنید که وقتی اطلاعات شما به اشتراک گذاشته می‌شود، قوانین فدرال یا ایالتی ممکن است از به اشتراک گذاشتن مجدد آن اطلاعات محافظت نکنند.

رضایت شما برای به اشتراک گذاشتن اطلاعاتتان تا چه مدت اعتبار دارد؟

« اگر 18 سال یا بیشتر دارید ، این رضایت‌نامه از تاریخ امضای فرم به مدت یک سال اعتبار خواهد داشت.

« اگر زیر 18 سال سن دارید، رضایت شما از تاریخ امضای فرم به مدت یک سال معتبر خواهد بود. اگر در طول این دوره یک ساله به سن 18 سالگی برسید، یا اگر سرپرستی شما تغییر کند، باید رضایت‌نامه جدیدی ارائه دهید.

« صرف نظر از سن شما، باید با استفاده از فرم ASCFI رضایت جدید خود را ارائه دهید: اگر دیگر معیارهای استفاده از فرم ASCFI را ندارید، Non-AB 133 شوید: AB 133. همچنین می‌توانید در هر زمان با استفاده از فرم لغو ASCFI، نظر خود را تغییر داده و رضایت خود را پس بگیرید.

نام عضو	امضای عضو	تاریخ (ماه/روز/سال)
نام والدین/سرپرست/نماینده قانونی	امضای والدین/سرپرست/نماینده قانونی	تاریخ (ماه/روز/سال)