

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມ ລັບຂອງສະມາຊິກ (ASDMI): AB 133 ¹ (ເວີຊັນ 2.0)

"ແບບຟອມ ASDMI: AB 133" ສາມາດໃຊ້ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງບັນຊ້ມູນສໍາລັບບຸກຄົນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ບຸກຄົນທີ່ລົງທະບຽນໃນແຜນການດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຂອງ Medi-Cal.
2. ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບບໍລິການສຸຂະພາບທາງດ້ານພຶດຕິກຳພາຍໃຕ້ Medi-Cal.
3. ບຸກຄົນທີ່ມີການກະທຳຜິດໃນຄະດີອາຍາຕາມລະບົບກົດໝາຍອາຍາທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດກ່ອນການອອກສິດປະໂຫຍດ Medi-Cal.

Medi-Cal ຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະສານງານບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ສັງຄົມຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີຊີວິດທີ່ມີສຸຂະພາບດີ. ການດູແລແລະບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຜ່ານ Medi-Cal ແມ່ນສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງກອນຫຼາຍແຫ່ງ. ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານເຊັນແບບຟອມເມື່ອເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຍືນຍອມຈາກທ່ານໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນຂອງທ່ານກັບບຸກຄົນອື່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລ ຫຼື ບໍລິການ. ແບບຟອມນີ້ບໍ່ໄດ້ມີຈຸດປະສົງເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍທົ່ວໄປເມື່ອບໍ່ຈຳເປັນສໍາລັບການປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ. ກະລຸນາເບິ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສໍາລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຈຸດປະສົງຂອງການແບ່ງບັນຊ້ມູນແລະຜູ້ທີ່ສາມາດແບ່ງບັນຊ້ມູນແລະຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄດ້.

ແບບຟອມ ASDMI ນີ້ຈະ:

- » ອະທິບາຍວ່າຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງບັນຊ້ເພື່ອຊ່ວຍປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.
- » ອະທິບາຍວ່າຂໍ້ມູນໃດກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງບັນຊ້ແລະໃຊ້ງານແນວໃດ.
- » ຂໍອະນຸຍາດຈາກທ່ານເພື່ອແບ່ງບັນຊ້ມູນບາງປະເພດຂອງທ່ານ. ປະເພດຂອງຂໍ້ມູນແມ່ນລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.3 ຂອງແບບຟອມ ASDMI.

¹ AB 133 ອ້າງອີງ California Assembly Bill 133.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ບັນຄວາມ ລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCM): AB 133 (VERSION 2.0)

ຂໍ້ມູນສະມາຊິກ

ຊື່ສະມາຊິກ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ບບບບ) _____

ໝາຍເລກດັດຊະນີລັກສະນະ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)²: _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ³: _____

ທີ່ຢູ່ອາໄສເລກທີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ເບີໂທລະສັບ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____ ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານຕິດຕໍ່ທ່ານຜ່ານຂໍ້ຄວາມສັ້ນ ຫຼື ທາງໂທລະສັບບໍ? ໃນການ
ຍືນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານ ແລະ ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານໝົດອາຍຸແລ້ວ ຫຼື ບໍ່.⁴ ກະລຸນາເຮັດ
ເຄື່ອງໝາຍໃນກ່ອງທີ່ທ່ານເລືອກຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ແມ່ນ (ຕ້ອງລະບຸເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ)

ຂໍ້ຄວາມສັ້ນ ແລະ ທາງໂທລະສັບ

ຂໍ້ຄວາມສັ້ນເທົ່ານັ້ນ

ທາງໂທລະສັບເທົ່ານັ້ນ

ບໍ່ແມ່ນ

ຂໍ້ມູນຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລ

ຄວນດຳເນີນການນີ້ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານຕ້ອງການການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມຈາກສະມາຊິກຂ້າງເທິງໃນການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ
ຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ຊື່ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລ: _____

ຊື່ອົງກອນ: _____

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລະດັບຊາດ (NPI) (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): _____

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍພາສີ (TIN): _____

ເບີໂທລະສັບ: _____ ເບີໂຟນ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ: _____

² ໝາຍເລກດັດຊະນີລັກສະນະແມ່ນເກົ່າກ່ວາທີ່ອາໄສຂອງໝາຍເລກປະຈຳຕົວທີ່ຢູ່ດ້ານໜ້າຂອງບັດສົດປະໂຫຍດປະຈຳຕົວຂອງສະມາຊິກ
Medi-Cal.

³ ອາດເປັນທີ່ຢູ່ໃດກໍໄດ້ທີ່ທ່ານສາມາດຮັບຈົດໝາຍໄດ້ ລວມທັງທີ່ຢູ່ຂອງໝູ່ເພືອນ, ທີ່ສະຖານພັກພັງ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.

⁴ ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການຮຽກເກັບເງິນຄ່າບໍລິການໂທລະສັບມືຖືຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCOMI): AB 133 (VERSION 2.0)

ພາກສ່ວນທີ 1. ພາບລວມຂອງການແບ່ງບັນຊ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ

1.1 ຈຸດປະສົງໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນ

ອາດຈະມີການແບ່ງບັນຊ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.3 ຂ້າງລຸ່ມນີ້ດ້ວຍເຫດຜົນຫຼາຍຢ່າງ ລວມທັງ:

- » ການປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ ຊ່ວຍທ່ານເຮັດການນັດໝາຍ, ຊ່ວຍທ່ານຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາຜູ້ບິນປົວ.
- » ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດ, ທັນຕະກຳ, ສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ບຳບັດຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ.
- » ໄດ້ຮັບເງິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພຂອງທ່ານສຳລັບການບິນປົວແລະການບໍລິການທີ່ມີອົບໃຫ້ທ່ານ.
- » ການເຊື່ອມຕໍ່ທ່ານກັບບັນດາໂຄງການ, ການບໍລິການ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຕ່າງໆທີ່ສາມາດຊ່ວຍປັບປຸງສຸຂະພາບແລະສຸຂະພາວະຂອງທ່ານ.
- » ການເກັບກຳຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ Medi-Cal ສາມາດຊ່ວຍປັບປຸງການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

1.2 ບຸກຄົນໃດສາມາດແບ່ງບັນຊ້ ແລະ ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄດ້

ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອາດຈະແບ່ງບັນຊ້ແລະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ. ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ທ່ານເຄີຍພົບມາກ່ອນ, ກຳລັງໄປພົບໃນປັດຈຸບັນ ຫຼື ອາດຈະໄປພົບໃນອະນາຄົດ. ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລເຫຼົ່ານີ້ປະກອບດ້ວຍ:

- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ລວມທັງແພດຕົ້ນຕໍທີ່ໃຫ້ການດູແລ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບຈິດ.
- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ ເຊັ່ນ ໂຄງການບິນປົວການຕິດຜົນ ແລະ ໂຄງການການບິນປົວຄົນໄຂ້ໃນຂອງສະຖານພະຍາບານ.
- » ອົງການຈັດຕັ້ງໃນຊຸມຊົນ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ.
- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນຄ້າຍດັດສ້າງ ແລະ ຜູ້ຈັດການກໍລະນີ.
- » ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ລວມທັງແຜນການດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຂອງ Medi-Cal ແລະ ແຜນສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ.
- » ໜ່ວຍງານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການມະນຸດຂອງເຄົາຕີ້
- » ອົງການຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດ.
- » ໜ່ວຍງານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການມະນຸດຂອງລັດ

1.3 ປະເພດຂອງຂໍ້ມູນ

ຂໍ້ມູນປະເພດໃດແດ່ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມຈາກທ່ານໃນການແບ່ງບັນຊ້?

ມີຂໍ້ມູນບາງປະເພດທີ່ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະແບ່ງບັນຊ້ ຫຼື ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ແບ່ງບັນຊ້ຕໍ່ໄປນີ້:

- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະພາບທີ່ຢູ່ອາໄສ, ປະຫວັດ, ແລະ ການສະໜັບສະໜູນດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (VERSION 2.0)

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນແຕ່ລະປະເພດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງສາມາດພົບໄດ້ໃນພາກສ່ວນທີ 2.1 ຂອງແບບຟອມນີ້. ທ່ານສາມາດເລືອກໄດ້ວ່າຈະໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນປະເພດເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ບໍ່. ເມື່ອທ່ານໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມ ນັ້ນ ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງອະນຸຍາດໃຫ້ມີການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້.

ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານບາງລາຍສາມາດໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ສັງຄົມບາງຢ່າງຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມຈາກທ່ານເພື່ອ:

- » ປົ້ນປົວທ່ານ.
- » ໄດ້ຮັບເງິນຄ່າບໍລິການ.
- » ດຳເນີນອົງການຈັດຕັ້ງຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນປະເພດໃດແດ່ທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນ ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມຈາກທ່ານ?

- » ຂໍ້ມູນທາງການແພດແລະສຸຂະພາບຈິດ.
- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ
- » ຂໍ້ມູນທາງກົດໝາຍທາງອາຍາທຳຳກັດ ລວມທັງຂໍ້ມູນການເຮັດປະຫວັດອາຊະຍາກຳ, ວັນທີແລະສະຖານທີ່ຄຸ້ມຂັງ ແລະ ສະຖານະການປ່ອຍຕົວໃຫ້ພື້ນທີ່ດຳລົງອາໄສ.

ຖ້າທ່ານຖືກຄຸມຂັງ ຫຼື ຖືກຄຸມຂັງເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ຄູ່ຮ່ວມການດູແລຂອງທ່ານສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທາງກົດໝາຍອາຍາບາງຢ່າງທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ. ເຂົາເຈົ້າສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານສະໝັກຂໍຮັບປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ເຊື່ອມຕໍ່ເຈົ້າກັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ບໍລິການຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ. ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວບໍ່ສາມາດໃຊ້ເພື່ອການສືບສວນທາງແພງ, ທາງປົກຄອງ ຫຼື ທາງອາຍາ, ການດຳເນີນຄະດີ, ຫຼື ການຮ້ອງຟ້ອງ, ການຕັດສິນລົງໂທດ, ການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍຄົນເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ການດຳເນີນຄະດີໃນສານຄອບຄົວ.

ພາກສ່ວນທີ 2. ການຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດຈາກທ່ານ

2.1 ການອະນຸຍາດພິເສດ

ມີການຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດພິເສດຈາກທ່ານສອງຢ່າງ:

1. ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ
2. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ

ເລືອກຄຳຕອບ "ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ແມ່ນ" / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ສຳລັບການອະນຸຍາດພິເສດແຕ່ລະລາຍການ

ການເລືອກຄຳຕອບ "ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່" / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ແມ່ນຕົວເລືອກຂອງທ່ານ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະເລືອກຄຳຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ" ໃນແບບຟອມ ແຕ່ຈະບໍ່ເປັນການປ່ຽນແປງການມີສິດໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດ ຫຼື ຄວາມສາມາດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍລິການ

- » ຖ້າທ່ານເລືອກຄຳຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ" ໃນແບບຟອມ ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານເລືອກຄຳຕອບ "ບໍ່ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ."

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ບັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (VERSION 2.0)

- o ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມ, ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກສ່ວນນີ້.
- » ຖ້າທ່ານເລືອກຕອບ “ແມ່ນ” ໃນແບບຟອມ ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານໄດ້. ແບບຟອມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າເຊື່ອມຕໍ່ທ່ານກັບການບໍລິການອື່ນໆໄດ້ງ່າຍຂຶ້ນເຊັ່ນກັນ.

1. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ

- » ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງກ່ຽວກັບການໃຊ້ສານເສບຕິດໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2, ໂດຍທົ່ວໄປເອີ້ນວ່າ “ພາກສ່ວນທີ 2.” ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານທີ່ບິນບົວຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານສາມາດແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການວິນິດໄສ ຫຼືການບິນບົວການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງພາກສ່ວນທີ 2 ເພື່ອໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສາມາດບິນບົວທ່ານ, ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນສໍາລັບການບໍລິການ, ດໍາເນີນການອົງການຈັດຕັ້ງຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.
- » ເມື່ອທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານກັບ Medi-Cal, ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນ ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນກັບຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອື່ນໆເພື່ອຈຸດປະສົງດຽວກັນກັບທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ຂ້າງເທິງ. ເຂົາເຈົ້າອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການຍືນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງແລະຂອງລັດ. ເຂົາເຈົ້າບໍ່ສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອການດໍາເນີນຄະດີທາງແພ່ງ, ຄະດີອາຍາ, ຄະດີບົກຄອງ ແລະທາງນິຕິບັນຍັດກັບທ່ານໄດ້.
- » ເມື່ອຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ ຫຼືແບ່ງປັນແລ້ວ ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກສ່ວນທີ 2 ໃນລັກສະນະດຽວກັນກັບທີ່ເຄີຍເປັນກ່ອນທີ່ຈະຖືກນຳໃຊ້ ຫຼືແບ່ງປັນ. ຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- » ທ່ານສາມາດຮັບລາຍຊື່ຂອງຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານໄດ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍການຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານ. .

ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບິນບົວຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນອະດີດ, ປັດຈຸບັນ ແລະອະນາຄົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກສ່ວນທີ 2.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCFI): AB 133 (VERSION 2.0)

2. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ ທ່ານອາດຈະສາມາດຊຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍອົງການ Coordinated Entry. ອົງການ Coordinated Entry ແມ່ນອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ອົງຖືກສ້າງຂຶ້ນໂດຍປະສານງານການບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສສໍາລັບຜູ້ທີ່ຈຳເປັນ. ອົງການຈັດຕັ້ງເຫຼົ່ານີ້ອາດຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກທ່ານເພື່ອແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານກັບລະບົບຂໍ້ມູນ Homeless Management Information Systems ແລະຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອື່ນໆ ເຊັ່ນ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ລະບົບເຫຼົ່ານີ້ໃຊ້ໂດຍອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ຢູ່ອາໄສເພື່ອຈັດຫາແລະປະສານງານບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສແລະບໍລິການສະໜັບສະໜູນດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ.

ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງບັນຊ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ປະຫວັດ, ແລະການສະໜັບສະໜູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບ Homeless Management Information System ແລະຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອື່ນໆ ເຊັ່ນ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

2.2 ສິດທິຕ່າງໆຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິຫຍັງແດ່?

ທ່ານມີສິດທິຈະ:

- » ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້.
- » ບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້.
- » ໄດ້ຮັບສໍາເນົາແບບຟອມນີ້.
- » ປຸງໃຈ ແລະເຟຣີຖອນຄວາມຍືນຍອມ.

ຖ້າທ່ານລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້ ທ່ານສາມາດປຸງໃຈໃນພາຍຫຼັງໄດ້ບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ ທ່ານມີສິດທິຈະປຸງໃຈກ່ຽວກັບການແບ່ງບັນຊ້ມູນຂອງທ່ານ ແລະທ່ານສາມາດປຸງໃຈແບ່ງ ຫຼືເຟຣີຖອນຄວາມຍືນຍອມໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າຕ້ອງການປຸງໃຈແບ່ງ ຫຼືເຟຣີຖອນຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ ໃຫ້ບໍລິສາກກັບຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດກອກແບບຟອມ ASCFI ໃໝ່ ໂດຍແກ້ໄຂຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້.

- » ການປຸງໃຈໃດໆທີ່ທ່ານຕ້ອງການເຮັດຈະເກີດຂຶ້ນໃນວັນທີແບບຟອມ ASCFI ໃໝ່ຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການລົງນາມ.
- » ການເຟຣີຖອນຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ແບ່ງບັນຊ້ມູນດ້ວຍຄວາມຍືນຍອມກ່ອນໜ້ານີ້.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): AB 133 (VERSION 2.0)

2.3 ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ

ໂດຍການລົງນາມແບບຟອມນີ້ ທ່ານເຂົ້າໃຈ ແລະຕົກລົງເຫັນດີວ່າ:

- » ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.2 ຂອງແບບຟອມນີ້ ອາດຈະໃຊ້ ແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ແລະຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງ ເພື່ອຈຸດປະສົງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.1 ຂອງແບບຟອມນີ້.
- » ທ່ານເຂົ້າໃຈເຊັນກັນວ່າເມື່ອຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຖືກແບ່ງປັນ ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ຫຼືຂອງລັດອາດຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວທີ່ມີການແບ່ງປັນຊ້ອກ.

ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານມີອາຍຸດົນບານໃດ?

- » ຖ້າທ່ານມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຄວາມຍືນຍອມນີ້ຈະມີອາຍຸໜັງປີນັບຈາກວັນທີທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມ.
- » ຖ້າທ່ານມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານຈະມີອາຍຸໜັງປີນັບຈາກວັນທີທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມ. ຖ້າທ່ານມີອາຍຸ 18 ປີ ຫຼືຖ້າຜູ້ປົກຄອງຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງໃນຊ່ວງໄລຍະໜັງປີນີ້ ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມສະບັບໃໝ່.
- » ໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງອາຍຸຂອງທ່ານ ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃໝ່ໂດຍໃຊ້ແບບຟອມ ASCMI: Non-AB 133 ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດຕາມເກນໃນການໃຊ້ແບບຟອມ ASCMI: AB 133. ນອກຈາກນັ້ນ ທ່ານຍັງສາມາດປ່ຽນໃຈເພື່ອຖອນຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາເປັນລາຍລັກອັກສອນ ໂດຍໃຊ້ແບບຟອມ ASCMI Revocation Form.

ຊື່ສະມາຊິກ	ລາຍເຊັນສະມາຊິກ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບບບ)
ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງກົດໝາຍ	ລາຍເຊັນຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງກົດໝາຍ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບບບ)