

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCM): แบบฟอร์ม AB 133¹ (เวอร์ชัน 2.0)

แบบฟอร์ม “ASCM: แบบฟอร์ม AB 133” สามารถใช้เพื่ออนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลสำหรับบุคคลต่อไปนี้

1. บุคคลที่ลงทะเบียนในแผนการดูแลสุขภาพแบบบริหารจัดการของ Medi-Cal
2. บุคคลที่รับบริการด้านสุขภาพพฤติกรรมภายใต้ Medi-Cal
3. บุคคลที่กระทำความผิดในคดีตามระบบกฎหมายอาญาที่เข้าข่ายได้รับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ก่อนการได้รับสิทธิ

Medi-Cal ต้องการช่วยเหลือในการประสานงานด้านสุขภาพและบริการสังคมของคุณเพื่อให้คุณมีชีวิตที่สุขภาพดีขึ้นได้ การดูแลและบริการที่คุณได้รับผ่าน Medi-Cal จัดทำโดยองค์กรหลายแห่ง ผู้ดูแลของคุณอาจร้องขอให้คุณลงนามในแบบฟอร์มเมื่อพวกเขาต้องการคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลของคุณกับบุคคลอื่น หรือองค์กรที่คุณได้รับการดูแลหรือบริการ แบบฟอร์มนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่ออนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลของคุณทั่วไปเมื่อไม่จำเป็นสำหรับการประสานงานการดูแลของคุณ โปรดดูด้านล่างเพื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการแบ่งปันข้อมูลและผู้ที่สามารถแบ่งปันและรับข้อมูลของคุณได้

แบบฟอร์ม ASCMI นี้จะ:

- » อธิบายว่าข้อมูลใดเกี่ยวกับคุณที่อาจถูกแบ่งปันเพื่อช่วยประสานงานการดูแลของคุณ
- » อธิบายว่าข้อมูลของคุณอาจถูกแบ่งปันและใช้ได้อย่างไร
- » ขออนุญาตจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลของคุณบางประเภท ประเภทของข้อมูลมีระบุไว้ในส่วนที่ 1.3 ของแบบฟอร์ม ASCMI

¹ AB 133 อ้างอิง California Assembly Bill 133

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCM): แบบฟอร์ม AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ข้อมูลสมาชิก

ชื่อสมาชิก: _____ วันเดือนปีเกิด (ดต/ว/ปปป): _____

หมายเลขดัชนีลูกค้า Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)²: _____

ที่อยู่ทางไปรษณีย์ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์³: _____

ที่อยู่อาศัยเลขที่ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์ (สามารถเลือกตอบได้): _____

หมายเลขโทรศัพท์ (สามารถเลือกตอบได้): _____ ที่อยู่อีเมล (สามารถเลือกตอบได้): _____

คุณอนุญาตให้ผู้ดูแลของคุณติดต่อคุณผ่านข้อความสั้นหรือทางโทรศัพท์หรือไม่ ผู้ดูแลของคุณอาจติดต่อคุณเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือกคำยินยอมของคุณ และเพื่อแจ้งให้คุณทราบว่าคำยินยอมของคุณหมดอายุแล้วหรือไม่⁴ โปรดทำเครื่องหมายในช่องที่คุณเลือกด้านล่าง:

ใช่ (ต้องระบุหมายเลขโทรศัพท์ด้านบน)

ข้อความสั้นและทางโทรศัพท์

ข้อความสั้นเท่านั้น

ทางโทรศัพท์เท่านั้น

ไม่ใช่

ข้อมูลผู้ดูแล

ควรให้ผู้ดูแลกรอกข้อมูลนี้ให้ครบถ้วนโดยได้รับคำยินยอมจากสมาชิกข้างต้นในการเปิดเผยข้อมูลของตน

ชื่อผู้ดูแล: _____

ชื่อองค์กร: _____

หมายเลขประจำตัวผู้ให้บริการระดับชาติ (NPI) (ตามที่เกี่ยวข้อง): _____

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TIN): _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____ หมายเลขโทรสาร (สามารถเลือกตอบได้): _____

ที่อยู่ทางไปรษณีย์ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์: _____

² หมายเลขดัชนีลูกค้าคือเก้าตัวแรกของหมายเลขประจำตัวที่อยู่ด้านหน้าสิทธิประโยชน์บัตรประจำตัวสมาชิก Medi-Cal

³ อาจเป็นที่อยู่ใดก็ได้ที่คุณสามารถรับจดหมายได้ รวมถึงที่อยู่ของเพื่อน สถานสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัว

⁴ อาจส่งผลให้มีการเรียกเก็บเงินค่าใช้บริการโทรศัพท์มือถือของคุณ

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCM): แบบฟอร์ม AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ส่วนที่ 1: ภาพรวมของการแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ

1.1 วัตถุประสงค์ในการแบ่งปันข้อมูล

อาจมีการแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของคุณที่ระบุไว้ในส่วนที่ 1.3 ด้านล่างนี้ด้วยเหตุผลหลายประการ รวมทั้ง

- » การประสานงานการดูแลของคุณ ตัวอย่างเช่น ช่วยคุณทำการนัดหมาย ช่วยคุณร้องขอการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย หรือช่วยคุณค้นหาผู้ให้บริการ
- » ให้บริการทางการแพทย์ ทันตกรรม สุขภาพจิต และการบำบัดอาการติดสารเสพติด
- » การรับเงินจากบริษัทประกันสุขภาพของคุณสำหรับการรักษาและบริการที่มอบให้กับคุณ
- » เชื่อมต่อคุณกับโปรแกรม บริการ และทรัพยากรที่สามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพและสุขภาวะของคุณ
- » การรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ Medi-Cal สามารถช่วยปรับปรุงการดูแลที่คุณได้รับได้

1.2 บุคคลใดที่สามารถแบ่งปันและรับข้อมูลของคุณได้

ผู้ดูแลอาจแบ่งปันและได้รับข้อมูลของคุณ ผู้ดูแล คือผู้ให้บริการและองค์กรที่คุณเคยพบมาก่อน กำลังพบอยู่ หรืออาจพบในอนาคต ผู้ดูแลเหล่านี้ได้แก่

- » ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงผู้ให้แพทย์ปฐมภูมิที่ให้การดูแล และผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
- » ผู้ให้บริการด้านการติดสารเสพติด เช่น โปรแกรมการบำบัดการติดฝิ่น และโปรแกรมการบำบัดคนไข้ในของสถานพยาบาล
- » องค์กรในชุมชนและผู้ให้บริการด้านคนไร้บ้าน
- » ผู้ให้บริการสถานกักขังและผู้จัดการกรณี
- » แผนประกันสุขภาพ รวมถึงแผนการดูแลสุขภาพของ Medi-Cal และแผนสุขภาพจิต
- » หน่วยงานด้านสุขภาพและบริการมนุษย์ของเคาน์ตี
- » องค์กรข้อมูลสุขภาพที่มีคุณสมบัติ
- » หน่วยงานด้านสุขภาพและบริการมนุษย์ของรัฐ

1.3 ประเภทของข้อมูล

ข้อมูลประเภทใดบ้างที่ต้องได้รับคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปัน

มีข้อมูลบางประเภทที่คุณสามารถเลือกที่จะแบ่งปันหรือเลือกที่จะไม่แบ่งปันดังต่อไปนี้

- » ข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดที่ได้รับการคุ้มครองโดย 42 CFR ส่วนที่ 2
- » ข้อมูลที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานะที่อยู่อาศัย ประวัติ และการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย

รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลประเภทนี้สามารถดูได้ในส่วนที่ 2.1 ของแบบฟอร์มนี้ คุณสามารถเลือกได้ว่าจะยินยอมให้แบ่งปันข้อมูลประเภทนี้หรือไม่ เมื่อคุณให้คำยินยอมนั้นหมายความว่า คุณยินยอมที่จะแบ่งปันข้อมูลนี้

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCM): แบบฟอร์ม AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ผู้ดูแลบางรายของคุณสามารถใช้และแบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพและบริการทางสังคมบางส่วนของคุณกับผู้ดูแลรายอื่น โดยไม่ต้องได้ รับคำยินยอมจากคุณ เพื่อ:

- » ให้การบำบัดรักษาแก่คุณ
- » ได้รับเงินค่าบริการ
- » ดำเนินการองค์กรของตนและประสานงานการดูแลของคุณ

ข้อมูลประเภทใดบ้างที่อาจถูกแบ่งปัน โดยไม่ต้องได้ รับความยินยอมจากคุณ

- » ข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพจิต
- » ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐบาลกลาง 42 CFR ส่วนที่ 2
- » ข้อมูลประกันสุขภาพ
- » ข้อมูลทางกฎหมายอาญาที่จำกัด รวมถึงข้อมูลการทำประวัติอาชญากร วันที่และสถานที่คุมขัง และสถานะการปล่อยตัวให้พ้นโทษก่อนกำหนด

หากคุณถูกคุมขังหรือเพิ่งถูกคุมขังเมื่อไม่นานมานี้ ผู้ดูแลของคุณสามารถแบ่งปันข้อมูลคดีทางกฎหมายอาญาบางส่วนตามที่อธิบายไว้ข้างต้นได้ ผู้ดูแลสามารถแบ่งปันข้อมูลดังกล่าวเพื่อช่วยคุณสมัครประกันสุขภาพและเชื่อมต่อคุณกับบริการด้านสุขภาพจิตและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถนำมาใช้เพื่อการสืบสวนทางแพ่ง ทางปกครอง หรือทางอาญา การดำเนินคดี การฟ้องร้อง การพิพากษาโทษ การบังคับใช้กฎหมายตรวจคนเข้าเมือง หรือการดำเนินคดีทางศาลครอบครัวได้

ส่วนที่ 2: การร้องขอการอนุญาตจากคุณ

2.1 การอนุญาตพิเศษ

มีการขออนุญาตพิเศษจากคุณสองประการดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติในการใช้สารเสพติด
2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย

เลือกคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” สำหรับการอนุญาตพิเศษแต่ละรายการ

การเลือกคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” เป็นตัวเลือกของคุณแม้ว่าคุณจะเลือกคำตอบ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” ในแบบฟอร์ม แต่จะไม่เป็นการเปลี่ยนแปลงสิทธิของคุณในการได้รับสิทธิประโยชน์หรือความสามารถในการรับการดูแลสุขภาพหรือบริการ

- » หากคุณเลือกคำตอบ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” ในแบบฟอร์ม ผู้ดูแลของคุณจะไม่แบ่งปันข้อมูลที่คุณเลือกตอบ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า”
 - หากคุณเลือกที่จะไม่ลงนามในแบบฟอร์ม ผู้ดูแลของคุณจะไม่แบ่งปันข้อมูลที่คุณอธิบายไว้ในส่วนนี้
- » หากคุณเลือกคำตอบ “ใช่” ในแบบฟอร์ม ผู้ดูแลของคุณจะสามารถแบ่งปันข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณ ซึ่งจะช่วยให้พวกเขาประสานงานการดูแลคุณได้ แบบฟอร์มนี้จะช่วยให้พวกเขาเชื่อมต่อคุณกับบริการอื่น ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCM): แบบฟอร์ม AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติในการใช้สารเสพติด

- » ข้อมูลบางอย่างเกี่ยวกับความผิดปกติในการใช้สารเสพติดได้รับความคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐบาลกลาง 42 CFR ส่วนที่ 2 ซึ่งมักเรียกกันว่า "ส่วนที่ 2" ผู้ดูแลของคุณที่รักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดของคุณสามารถแจ้งให้คุณทราบว่าข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของคุณได้รับความคุ้มครองโดย 42 CFR ส่วนที่ 2 หรือไม่
- » คุณสามารถให้คำยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลการวินิจฉัยหรือการรักษาความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในภาคที่ 2 เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถรักษาคุณ ได้รับ การชำระเงินสำหรับบริการ ดำเนินงานองค์กรของตน และประสานงานการดูแลของคุณ
- » เมื่อคุณให้การอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลการใช้สารเสพติดส่วนที่ 2 ของคุณกับ Medi-Cal แผนสุขภาพของคุณ หรือผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ พวกเขาได้รับอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลดังกล่าวกับพันธมิตรด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ เพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันกับที่ระบุไว้ในหัวข้อข้างต้น พวกเขาอาจแบ่งปันข้อมูลของคุณโดยไม่ได้รับความยินยอมจากคุณเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลางและของรัฐ ผู้ดูแลของคุณไม่สามารถแบ่งปันข้อมูลนี้เพื่อการดำเนินคดีแพ่ง คดีอาญา คดีปกครอง และทางนิติบัญญัติกับคุณได้
- » เมื่อข้อมูลการใช้สารเสพติดในส่วนที่ 2 ของคุณถูกนำไปใช้หรือแบ่งปันแล้ว ข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ได้รับการคุ้มครองโดยส่วนที่ 2 อีกต่อไป หรืออาจไม่ได้รับความคุ้มครองในลักษณะเดียวกับที่เคยเป็นก่อนที่ จะ ถูกนำมาใช้หรือแบ่งปัน ข้อมูลการใช้สารเสพติดในส่วนที่ 2 ของคุณอาจได้รับความคุ้มครองโดยกฎหมายอื่นที่คุ้มครองข้อมูลสุขภาพของคุณ
- » คุณสามารถรับรายชื่อผู้ดูแลที่ผู้ให้บริการด้านความผิดปกติในการใช้สารเสพติดส่วนที่ 2 ได้แบ่งปันข้อมูลของคุณได้ โดยติดต่อผู้ให้บริการด้านความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของคุณ

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ให้บริการการบำบัดความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของข้าพเจ้า รวมถึงข้อมูลที่ได้รับคุ้มครองโดยส่วนที่ 2

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCM): แบบฟอร์ม AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย

หากคุณต้องการบริการที่พักอาศัย คุณอาจได้รับความช่วยเหลือผ่านองค์กร Coordinated Entry Coordinated Entry คือองค์กรในพื้นที่ที่ช่วยประสานงานบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ที่เป็น องค์กรเหล่านี้อาจต้องได้รับอนุญาตจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยของคุณกับระบบข้อมูลการจัดการคนไร้บ้านและพันธมิตรด้านการดูแลอื่นๆ เช่น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของคุณ ระบบเหล่านี้ใช้โดยองค์กรที่อยู่อาศัยเพื่อจัดหาและประสานงานบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่อยู่อาศัย

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ให้บริการที่อยู่อาศัยในพื้นที่ของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานะที่อยู่อาศัย ประวัติ และการสนับสนุนของข้าพเจ้ากับ ระบบข้อมูลการจัดการคนไร้บ้านและพันธมิตรด้านการดูแลอื่นๆ เช่น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

2.2 สิทธิต่าง ๆ ของคุณ

คุณมีสิทธิอะไรบ้าง

คุณมีสิทธิดังต่อไปนี้

- » ลงนามในแบบฟอร์มนี้
- » ไม่ลงนามแบบฟอร์มนี้
- » ได้รับสำเนาแบบฟอร์มนี้
- » เปลี่ยนใจและเพิกถอนคำยินยอม

หากคุณลงนามในแบบฟอร์มนี้ คุณสามารถเปลี่ยนใจภายหลังได้หรือไม่

ใช่ คุณมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจเกี่ยวกับการแบ่งปันข้อมูลของคุณ และคุณสามารถเปลี่ยนแปลงหรือเพิกถอนคำยินยอมนี้ได้ตลอดเวลา หากต้องการเปลี่ยนแปลงหรือเพิกถอนคำยินยอมของคุณ กรุณาปรึกษาผู้ดูแลของคุณ คุณจะต้องกรอกแบบฟอร์ม ASCMI ใหม่พร้อมการเปลี่ยนแปลงที่คุณต้องการทำ

- » การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่คุณต้องการทำจะเกิดขึ้นในวันที่คุณลงนามแบบฟอร์ม ASCMI ฉบับใหม่
- » การขอเพิกถอนคำยินยอมของคุณจะไม่ส่งผลกระทบต่อข้อมูลที่ได้รับการแบ่งปันด้วยความยินยอมของคุณก่อนหน้านี้

2.3 ลายเซ็นของคุณ

โดยการลงนามแบบฟอร์มนี้ คุณเข้าใจและตกลงเห็นชอบว่า:

- » ผู้ดูแลของคุณซึ่งระบุไว้ในส่วนที่ 1.2 ของแบบฟอร์มนี้อาจใช้และแบ่งปันข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณเลือกไว้ข้างต้นเพื่อวัตถุประสงค์ที่อธิบายไว้ในส่วนที่ 1.1 ของแบบฟอร์มนี้
- » คุณเข้าใจเช่นกันว่าเมื่อข้อมูลของคุณได้รับการแบ่งปัน กฎหมายของรัฐบาลกลางหรือของรัฐอาจไม่คุ้มครองการข้อมูลดังกล่าวที่ทำการแบ่งปันซ้ำอีก

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCM): แบบฟอร์ม AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

คำยินยอมของคุณในการแบ่งปันข้อมูลของคุณมีอายุการใช้งานนานเท่าใด

- » หากคุณมีอายุ 18 ปีขึ้นไป คำยินยอมนี้จะมีอายุหนึ่งปีนับจากวันที่คุณลงนามในแบบฟอร์ม
- » หากคุณอายุต่ำกว่า 18 ปี คำยินยอมของคุณจะมีอายุหนึ่งปีนับจากวันที่คุณลงนามในแบบฟอร์ม หากคุณอายุครบ 18 ปี หรือหากสถานะผู้ปกครองของคุณเปลี่ยนแปลงไปในช่วงระยะเวลา 1 ปีนี้ คุณจะต้องให้คำยินยอมใหม่
- » ไม่ว่าคุณจะอายุเท่าไร คุณจะต้องให้คำยินยอมใหม่โดยใช้แบบฟอร์ม ASCMI: Non-AB 133 หาก你不ตรงตามเกณฑ์ในการใช้แบบฟอร์ม ASCMI อีกต่อไป: AB 133 คุณสามารถเปลี่ยนใจและเพิกถอนคำยินยอมของคุณได้ตลอดเวลาเป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้แบบฟอร์มการเพิกถอน ASCMI Revocation Form

ชื่อสมาชิก	ลายเซ็นสมาชิก	วันที่ (ดด/วว/ปปปป)
ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ตัวแทนทางกฎหมาย	ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ตัวแทนทางกฎหมาย	วันที่ (ดด/วว/ปปปป)