

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. ՈՉ-AB 133 ¹ (ՏԱՐԲԵՐԱԿ 2.0)

«ASCOMI ձև. Ոչ-AB 133» ձևը կարող է օգտագործվել Կալիֆորնիայում բնակվող այն անձանց տվյալների կիսումը թույլատրելու համար, ովքեր չեն համապատասխանում ASCMI ձևի օգտագործման չափանիշներին. AB 133: Սա ներառում է բոլոր այն անձանց, ովքեր.

1. Չեն գրանցվել Medi-Cal-ի կառավարվող ինսամքի ծրագրում:
2. Չեն ստանում Medi-Cal-ի շրջանակներում վարքային առողջության ծառայություններ:
3. Ներգրավված չեն քրեական իրավական համակարգում, որոնք համապատասխանում են Medi-Cal-ի նախնական ազատման նպաստներին:

Գանկանում է օգնել համակարգել ձեր առողջապահական և սոցիալական ծառայությունները, որպեսզի դուք կարողանաք ապրել ավելի առողջ կյանքով: Ձեր ինսամքը գործընկերը կարող է խնդրել ձեզ ստորագրել ձևը, երբ նրան անհրաժեշտ է ձեր համաձայնությունը՝ ձեր տեղեկատվությունն այլ անձանց կամ կազմակերպությունների հետ կիսելու համար, որոնցից դուք ստանում եք ինսամք կամ ծառայություններ: Ձևը նախատեսված չէ ձեր տեղեկատվության ընդհանուր բացահայտումը թույլատրելու համար, երբ դա անհրաժեշտ չէ ձեր ինսամքը համակարգելու համար: Խնդրում ենք ստորև տեսնել տեղեկատվության փոխանակման նպատակի և այն մասին, թե ով կարող է կիսվել և ստանալ ձեր տեղեկատվությունը, լրացուցիչ մանրամասների համար:

Այս ASCMI ձևը կկատարի հետևյալը.

- » Բացատրեք, թե ձեր մասին ինչ տեղեկություններ կարող են տրամադրվել՝ ձեր ինսամքը համակարգելու համար:
- » Բացատրեք, թե ինչպես կարող է ձեր տեղեկատվությունը տարածվել և օգտագործվել:
- » Խնդրեք 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 Ասսամբլեայի Օրինագիծի 133-ին:

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

Հաճախորդի մասին տեղեկություններ

Հաճախորդի անունը՝ _____ Ճննդյան ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)՝ _____

Փոստային հասցե, քաղաք/նահանգ, փոստային ինդեքս ² _____

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

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

Դուք թույլատրում եք ձեր ինսամքի գործընկերներին կապվել ձեզ հետ հաղորդագրությունների կամ հեռախոսազանգի միջոցով: Ձեր ինսամքի գործընկերը կարող է կապ հաստատել ձեզ հետ՝ ձեր համաձայնության ընտրության վերաբերյալ քննարկելու և ձեր համաձայնության ժամկետը լրանալու դեպքում ձեզ տեղեկացնելու համար: ³ Խնդրում ենք նշել ձեր ընտրության վանդակը ստորև.

Այո (պետք է վերևում նշեք հեռախոսահամարը)

Տեքստային հաղորդագրություն և հեռախոսազանգ

Միայն տեքստային հաղորդագրություն

Միայն հեռախոսազանգ

Ոչ

Ինսամքի գործընկերոջ մասին տեղեկատվություն

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

Ինսամքի գործընկերոջ անունը՝ _____

Կազմակերպության անվանումը՝ _____

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

Հարկ վճարողի հաշվառման համարը (TIN)՝ _____

Հեռախոսահամարը՝ _____ Ֆաքսի համար (ըստ ցանկության)՝ _____

Փոստային հասցե, քաղաք/նահանգ, փոստային ինդեքս՝ _____

² Սա կարող է լինել ցանկացած հասցե, որտեղ կարող եք նամակներ ստանալ, ներառյալ ընկերոջ, ապաստարանի կամ ընտանիքի անդամի հասցեն:

³ Սա կարող է հանգեցնել ձեր բջջային հեռախոսի վրա վճարների ավելացմանը:

ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ (ASCOMI) ԿԻՍՎԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ. ՈՉ-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, առաքմամբության, 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 _____-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:
- » 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:
- » Որոշ տեղեկություններ հոգեկան առողջության մասին:
- » Մտավոր և զարգացման հաշմանդամության վերաբերյալ տեղեկատվություն:

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

- » ՄԻԱՎ-ի թեստի արդյունքներ:
- » Գենետիկական թեստի արդյունքներ:
- » Բնակարանային ապահովման մասին տեղեկատվություն, ներառյալ ձեր բնակարանային ապահովման կարգավիճակը, պատմությունը և բնակարանային աջակցությունը:

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 (տե՛ս բացառությունները ստորև):
- » Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման մասին տեղեկատվություն, որը պաշտպանված չէ 42 CFR Մաս 2 դաշնային օրենքով:
- » Առողջության ապահովագրության մասին տեղեկատվություն:

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
3. Հոգեկան առողջության մասին տեղեկատվություն
4. Մտավոր և զարգացման հաշմանդամության մասին տեղեկատվություն
5. ՄԻԱՎ թեստի արդյունքներ
6. Գենետիկական թեստի արդյունքները

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 այն տեղեկատվությամբ, որի համար դուք ընտրել եք «Ոչ / Ինձ չի վերաբերում»:

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

- Եթե որոշեք չստորագրել ձևը, ձեր իսկաձևի գործընկերները չեն կիսվի այս բաժնում նկարագրված տեղեկատվությամբ:
- » Եթե ձևում ընտրեք «Այո», ձեր իսկաձևի գործընկերները կարող են կիսվել ձեր մասին կարևոր տեղեկություններով, որոնք կօգնեն նրանց համակարգել ձեր իսկաձևը: Դա նաև կօգնի նրանց ավելի հեշտությամբ կապել ձեզ այլ ծառայությունների հետ:

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 իսկաձևի 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 իսկաձևը:
- » 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 իսկաձևի 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 իսկաձևի 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. ՈՉ-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

3. Հոգեկան առողջության մասին տեղեկատվություն

Ձեր հոգեկան առողջության վերաբերյալ որոշ տեղեկություններ տրամադրելու համար անհրաժեշտ է ձեր համաձայնությունը: Սա ներառում է ձեր համայնքի մատակարարներից ստացված հոգեկան առողջության խնամքի վերաբերյալ տեղեկություններ, ինչպիսիք են բուժման գրառումները, դեղատոմսերի մանրամասները կամ գնահատականները: Այն կարող է նաև ներառել հոգեկան առողջության վերաբերյալ տեղեկատվություն, եթե դուք բուժում եք ստացել նախնազային կամ վարչաշրջանային հիվանդանոցում կամ հոգեբուժարանում, կամ բանտում գտնվելու ընթացքում:

Ձեր համաձայնությունը. Ես թույլատրում եմ իմ խնամքի գործընկերներին կիսվել իմ հոգեկան առողջության մասին տեղեկատվությամբ:

Այո

Ոչ / Ինձ չի վերաբերում

4. Մտավոր և զարգացման հաշմանդամության մասին տեղեկատվություն

- » Ձեր մտավոր և զարգացման հաշմանդամությունների վերաբերյալ որոշակի տեղեկություններ տրամադրելու համար անհրաժեշտ է ձեր համաձայնությունը: Սրանք այն վիճակներն են, որոնք ազդում են մարդու ուղեղի և մարմնի աշխատանքի վրա: Դրանք սովորաբար սկսվում են մինչև 22 տարեկանը և տևում են ամբողջ կյանքի ընթացքում: Մտավոր հաշմանդամությունը կարող է ավելի դժվար դարձնել ուսուցումը, խնդիրների լուծումը և առօրյա գործողությունները: Չարգացման հաշմանդամությունները ավելի լայն խումբ են, որոնք կարող են ազդել ֆիզիկական կարողությունների, մտածողության, լեզվի և վարքի վրա: Մտավոր և զարգացման հաշմանդամության օրինակներից են աուտիզմը, Դաունի համախտանիշը, ուղեղային կաթվածը և Էպիլեպսիան:

- » Նման հաշմանդամություն ունեցող մարդիկ երբեմն կյանքում ավելի շատ աջակցության կարիք ունեն, բայց դա չի փոխում մարդու արժեքը, հմտությունները կամ ներդրումը իրենց համայնքներում: Բոլորը յուրահատուկ են և ունեն տարբեր հմտություններ ու կարիքներ: Ձեր մտավոր և զարգացման հաշմանդամության մասին տեղեկատվության կիսումը տարբեր գործակալությունների միջև կարող է նշանակել, որ ձեր բոլոր աջակցության աշխատակիցները ավելի կիմանան, թե ինչպես օգնել ձեզ:

Ձեր համաձայնությունը. Ես թույլատրում եմ իմ խնամքի գործընկերներին կիսվել իմ մտավոր և զարգացման հաշմանդամության վերաբերյալ տեղեկատվությամբ:

Այո

Ոչ / Ինձ չի վերաբերում

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

5. ՄԻԱՎ թեստի արդյունքներ

Ձեր համաձայնությունը պահանջվում է ստացված ցանկացած ՄԻԱՎ թեստի արդյունքը մեկ այլ խնամքի գործընկերոջ հետ կիսվելու համար, որը ձեզ ուղղակիորեն չի տրամադրում ՄԻԱՎ-ի հետ կապված խնամք:

Ձեր համաձայնությունը. Ես թույլատրում եմ իմ խնամքի գործընկերներին կիսվել իմ ՄԻԱՎ թեստի արդյունքներով:

Այո Ոչ / Ինձ չի վերաբերում

6. Գենետիկական թեստի արդյունքները

Ձեր համաձայնությունը պահանջվում է, որպեսզի ձեր առողջության ապահովագրության ծրագիրը, այդ թվում՝ Medi-Cal-ը, կիսվի ձեր ստացած ցանկացած գենետիկական թեստերի արդյունքներով: Գենետիկական թեստերի արդյունքները լաբորատոր թեստեր են, որոնք օգտագործվում են որոշակի գենետիկական հիվանդություններ կամ առողջական խնդիրներ հայտնաբերելու համար, որոնք դուք կարող եք ունենալ:

Ձեր համաձայնությունը. Ես թույլատրում եմ իմ խնամքի գործընկերներին կիսվել իմ գենետիկական թեստի արդյունքներով:

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 կարող եք լրացնել 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. ՈՉ-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:

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