

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASDMI): NON-AB 133 ¹ (ເວີຊັນ 2.0)

"ແບບຟອມ ASDMI: Non-AB 133" ສາມາດໃຊ້ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ອາໄສ
ຢູ່ໃນລັດຄາລິຟໍເນຍຜູ້ທີ່ມີຄຸນສົມບັດບໍ່ກົງຕາມເກນໃນການໃຊ້ແບບຟອມ ASDMI: AB 133. ເຊິ່ງລວມ
ເຖິງບຸກຄົນທັງໝົດທີ່

1. ບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຂອງ Medi-Cal.
2. ບໍ່ໄດ້ຮັບບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳພາຍໃຕ້ Medi-Cal.
3. ບໍ່ມີການກະທຳຜິດໃນຄະດີອາຍາຕາມລະບົບກົດໝາຍອາຍາທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດ Medi-Cal ກ່ອນ
ການອະນຸມັດ.

ຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະສານງານດ້ານສຸຂະພາບແລະບໍລິການ
ສັງຄົມຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີຊີວິດທີ່ມີສຸຂະພາບດີ. ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານເຊັນແບບຟອມ
ເມື່ອເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຍືນຍອມຈາກທ່ານໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກັບບຸກຄົນອື່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ທ່ານ
ໄດ້ຮັບການດູແລ ຫຼື ບໍລິການ. ແບບຟອມນີ້ບໍ່ໄດ້ມີຈຸດປະສົງເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍທົ່ວໄປເມື່ອບໍ່ຈຳ
ເປັນສໍາລັບການປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ. ກະລຸນາເບິ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສໍາລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຈຸດປະສົງຂອງ
ການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນແລະຜູ້ທີ່ສາມາດແບ່ງປັນແລະຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄດ້.

ແບບຟອມ ASDMI ນີ້ຈະ:

- » ອະທິບາຍວ່າຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນເພື່ອຊ່ວຍປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.
- » ອະທິບາຍວ່າຂໍ້ມູນໃດກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນແລະໃຊ້ງານແນວໃດ.
- » ຂໍອະນຸຍາດຈາກທ່ານເພື່ອແບ່ງປັນຂໍ້ມູນບາງປະເພດຂອງທ່ານ. ປະເພດຂອງຂໍ້ມູນແມ່ນລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນ 1.3
ຂອງແບບຟອມ ASDMI.

¹ AB 133 ອ້າງອີງ California Assembly Bill 133.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCM): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າ

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

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ²: _____

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

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

ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ຮູ້ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານຕິດຕໍ່ທ່ານຜ່ານຂໍ້ຄວາມສັ້ນ ຫຼື ທາງໂທລະສັບບໍ? ຄູ່
ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອເວົ້າລົມກ່ຽວກັບຕົວເລືອກໃນການຍືນຍອມເຫັນດີ
ຂອງທ່ານ ແລະ ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານໝົດອາຍຸແລ້ວ ຫຼື ບໍ່.³ ກະລຸນາເຮັດເຄື່ອງໝາຍ
ໃນກ່ອງທີ່ທ່ານເລືອກຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ແມ່ນ (ຕ້ອງລະບຸເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ)

ຂໍ້ຄວາມສັ້ນ ແລະ ທາງໂທລະສັບ

ຂໍ້ຄວາມສັ້ນເທົ່ານັ້ນ

ທາງໂທລະສັບເທົ່ານັ້ນ

ບໍ່ແມ່ນ

ຂໍ້ມູນຜູ້ດູແລ

ຄວນດຳເນີນການນຳໃຊ້ໃຫ້ຮູ້ຮ່ວມງານການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມຈາກລູກຄ້າຂ້າງເທິງເພື່ອເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງ
ເຂົາເຈົ້າ.

ຊື່ຮູ້ຮ່ວມງານການດູແລ: _____

ຊື່ອົງກອນ: _____

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວໃຫ້ບໍລິການລະດັບຊາດ (NPI) (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): _____

ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຜູ້ເສຍພາສີ (TIN): _____

ເບີໂທລະສັບ: _____ ເບີໂຟນ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ເມືອງ/ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ: _____

² ອາດເປັນທີ່ຢູ່ໃດກໍໄດ້ທີ່ທ່ານສາມາດຮັບຈົດໝາຍໄດ້ ລວມທັງທີ່ຢູ່ຂອງໝູ່ເພືອນ, ສະຖານພັກພັງ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.

³ ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການຮຽກເກັບເງິນຄ່າບໍລິການໂທລະສັບມືຖືຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

ພາກສ່ວນທີ 1. ພາບລວມຂອງການແບ່ງບັນຊ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ

1.1 ຈຸດປະສົງໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນ

ອາດຈະມີການແບ່ງບັນຊ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.3 ຂ້າງລຸ່ມນີ້ດ້ວຍເຫດຜົນຫຼາຍຢ່າງ ລວມທັງ:

- » ການປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ ຊ່ວຍທ່ານເຮັດການນັດໝາຍ, ຊ່ວຍທ່ານຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາຜູ້ປົວ.
- » ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດ, ທັນຕະກຳ, ສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ບຳບັດການຕິດສານເສບຕິດ.
- » ໄດ້ຮັບເງິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພຂອງທ່ານສຳລັບການປົວ ແລະ ການບໍລິການທີ່ມີອັດຕາໃຫ້ທ່ານ.
- » ການເຊື່ອມຕໍ່ທ່ານກັບບັນດາໂຄງການ, ການບໍລິການ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຕ່າງໆທີ່ສາມາດຊ່ວຍປັບປຸງສຸຂະພາບ ແລະ ສຸຂະພາວະຂອງທ່ານ.
- » ເກັບກຳຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ _____ ສາມາດຊ່ວຍປັບປຸງການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

1.2 ບຸກຄົນໃດສາມາດແບ່ງບັນຊ້ ແລະ ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄດ້

ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອາດຈະແບ່ງບັນຊ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ. ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ທ່ານເຄີຍພົບມາກ່ອນ, ກຳລັງໄປພົບໃນປັດຈຸບັນ ຫຼື ອາດຈະໄປພົບໃນອະນາຄົດ. ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ:

- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ລວມທັງແພດຕົ້ນຕໍທີ່ໃຫ້ການດູແລ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ.
- » ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດ ເຊັ່ນ ໂຄງການປົວການຕິດຜົນ ແລະ ໂຄງການການປົວຄືນໃໝ່ໃນຂອງສະຖານພະຍາບານ.
- » ອົງການຈັດຕັ້ງໃນຊຸມຊົນ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານຄຸ້ມຄອງບັນຫາທີ່ຢູ່ອາໄສ.
- » ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ລວມທັງແຜນການດູແລພາຍໃຕ້ການຈັດການຂອງ Medi-Cal ແລະ ແຜນສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ.
- » ໜ່ວຍງານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການມະນຸດຂອງເຄົາຕີ
- » ອົງການຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດ.
- » ອົງການສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງລັດ.

1.3 ປະເພດຂອງຂໍ້ມູນ

ຂໍ້ມູນປະເພດໃດແດ່ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມຈາກທ່ານໃນການແບ່ງບັນຊ້?

ມີຂໍ້ມູນບາງປະເພດທີ່ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະແບ່ງບັນຊ້ ຫຼື ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ແບ່ງບັນຊ້ຕໍ່ໄປນີ້:

- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ 42 CFR ພາກທີ 2.
- » ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດບາງຢ່າງ.
- » ຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງປັນຍາ ແລະ ພັດທະນາການ.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCM): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

- » ຜົນກວດຫາເຊື້ອເອດໄອວີ.
- » ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳ.
- » ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະພາບທີ່ຢູ່ອາໄສ, ປະຫວັດ, ແລະການສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນແຕ່ລະປະເພດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງສາມາດພົບໄດ້ໃນພາກສ່ວນ 2.1 ຂອງແບບຟອມນີ້. ທ່ານສາມາດເລືອກໄດ້ວ່າຈະໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນປະເພດເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ບໍ່. ເມື່ອທ່ານໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມ ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງອະນຸຍາດໃຫ້ມີການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້.

ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານບາງລາຍສາມາດໃຊ້ ແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະສັງຄົມບາງຢ່າງຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມຈາກທ່ານເພື່ອ:

- » ປຶ້ມປົວທ່ານ.
- » ໄດ້ຮັບເງິນຄ່າບໍລິການ.
- » ດຳເນີນອົງການຈັດຕັ້ງຂອງເຊົ້າເຈົ້າ ແລະປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນປະເພດໃດແດ່ທີ່ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນ ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ ຮັບຄວາມຍືນຍອມຈາກທ່ານ?

- » ຂໍ້ມູນທາງການແພດແລະສຸຂະພາບຈິດ (ເບິ່ງຂໍ້ກຳນົດຂ້າງລຸ່ມນີ້).
- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມອຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ

ພາກສ່ວນທີ 2. ຄຳຂໍອະນຸຍາດຂອງທ່ານ

2.1 ການອະນຸຍາດພິເສດ

ມີການຂໍອະນຸຍາດພິເສດຈາກທ່ານຫຼັກຢ່າງດັງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ
2. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ
3. ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ
4. ຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງບັນຍາ ແລະພັດທະນາການ
5. ຜົນກວດຫາເຊື້ອເອດໄອວີ.
6. ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳ

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

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

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCM): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

- » ຖ້າທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ “ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ” ໃນແບບຟອມ ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ “ບໍ່ແມ່ນ” ຫຼື “ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ.”
 - o ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມ ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານຈະບໍ່ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກສ່ວນນີ້.
- » ຖ້າທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ “ແມ່ນ” ໃນແບບຟອມ ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານໄດ້. ແບບຟອມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າເຊື່ອມຕໍ່ທ່ານກັບການບໍລິການອື່ນໆໄດ້ງ່າຍຂຶ້ນເຊັ່ນກັນ.

1. ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ

- » ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງກ່ຽວກັບການໃຊ້ສານເສບຕິດໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2, ໂດຍທົ່ວໄປເອີ້ນວ່າ “ພາກສ່ວນທີ 2.” ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ມີບົດຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານສາມາດແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການວິນິດໄສ ຫຼືການບັນທຶກການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງພາກສ່ວນທີ 2 ເພື່ອໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສາມາດບັນທຶກທ່ານ, ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນສໍາລັບການບໍລິການ, ດໍາເນີນການອົງການຈັດຕັ້ງຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ.
- » ເມື່ອທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານກັບ Medi-Cal, ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນ ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນັ້ນກັບຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອື່ນໆເພື່ອຈຸດປະສົງດຽວກັນກັບທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ຂ້າງເທິງ. ເຂົາເຈົ້າອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງແລະຂອງລັດ. ເຂົາເຈົ້າບໍ່ສາມາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອການດໍາເນີນຄະດີທາງແພ່ງ, ຄະດີອາຍາ, ຄະດີປົກຄອງ ແລະທາງນິຕິບັນຍັດກັບທ່ານໄດ້.
- » ເມື່ອຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ ຫຼືແບ່ງປັນແລ້ວ ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກສ່ວນທີ 2 ໃນລັກສະນະດຽວກັນກັບທີ່ຄືເປັນກ່ອນທີ່ຈະຖືກນຳໃຊ້ ຫຼືແບ່ງປັນ. ຂໍ້ມູນການໃຊ້ສານເສບຕິດພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
- » ທ່ານສາມາດຮັບລາຍຊື່ຂອງຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນພາກສ່ວນທີ 2 ຂອງທ່ານໄດ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໂດຍການຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານ.

ຄວາມຍິນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບັນທຶກຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນອະດີດ, ປັດຈຸບັນ ແລະອະນາຄົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກສ່ວນທີ 2.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

2. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີຢູ່ອາໄສ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການດ້ານທີຢູ່ອາໄສ ທ່ານອາດຈະສາມາດຊຸ້ຍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍອົງການ Coordinated Entry. ອົງການ Coordinated Entry ແມ່ນອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ອົງຖືກທີ່ຊ່ວຍປະສານງານການບໍລິການດ້ານທີຢູ່ອາໄສສຳລັບຜູ້ທີ່ຈຳເປັນ. ອົງການຈັດຕັ້ງເຫຼົ່ານີ້ອາດຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກທ່ານເພື່ອແບ່ງບັນຊ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີຢູ່ອາໄສຂອງທ່ານກັບລະບົບຂໍ້ມູນ Homeless Management Information Systems ແລະຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອື່ນໆ ເຊັ່ນ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ລະບົບເຫຼົ່ານີ້ໃຊ້ໂດຍອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ຢູ່ອາໄສເພື່ອຈັດຫາແລະປະສານງານບໍລິການທີ່ຢູ່ອາໄສແລະບໍລິການສໜັບສໜູນດ້ານທີຢູ່ອາໄສ.

ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານທີຢູ່ອາໄສໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງບັນຊ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທີຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ປະຫວັດ, ແລະການສໜັບສໜູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບ Homeless Management Information System ແລະຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອື່ນໆ ເຊັ່ນ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

3. ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດ

ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນສຸຂະພາບຈິດບາງຢ່າງຂອງທ່ານ. ເຊິ່ງລວມເຖິງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຈິດທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ ເຊັ່ນ ບັນທຶກການບົນບົວ, ລາຍລະອຽດຕາມໃບສັງເກດ ຫຼືການປະເມີນ. ອາດຈະລວມເຖິງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດເຊັ່ນກັນຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລໃນໂຮງໝໍຂອງລັດ ຫຼືຂອງເຄົາຕີ ຫຼືສະຖາບັນຈິດຈະເວດ ຫຼືໃນຂະນະທີ່ທ່ານຖືກຕິດຄຸກ.

ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງບັນຊ້ມູນສຸຂະພາບຈິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

4. ຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງບັນຍາ ແລະພັດທະນາການ

- » ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານໃນການແບ່ງບັນຊ້ມູນບາງຢ່າງກ່ຽວກັບຄວາມພິການທາງບັນຍາ ແລະພັດທະນາການຂອງທ່ານ. ພາວະເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພາວະທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການເຮັດວຽກຂອງສະໜອງແລະຮ່າງກາຍຂອງຄົນເຮົາ. ບົກກະຕິແລ້ວຈະເລີນຕົ້ນກ່ອນອາຍຸ 22 ປີ ແລະຄົງຢູ່ຕະຫຼອດຊີວິດ. ຄວາມພິການທາງສະຕິບັນຍາສາມາດເຮັດໃຫ້ການຮຽນຮູ້, ການແກ້ໄຂບັນຫາ, ແລະວຽກງານປະຈຳວັນມີຄວາມທ້າຍຫຼາຍຂຶ້ນ. ຄວາມພິການທາງດ້ານພັດທະນາການແມ່ນກຸ່ມທີ່ກວ້າງກວ່າ ທີ່ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຄວາມສາມາດທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ຄວາມຄິດ, ພາສາ ແລະພຶດຕິກຳ. ຕົວຢ່າງຂອງຄວາມພິການດ້ານສະຕິບັນຍາແລະພັດທະນາການພະກອບດ້ວຍພາວະອໍທິສຕິກ, ດາວຊິນໂດຣມ, ສະໜອງພິການ ແລະພະຍາດບ້ຳໝູ.
- » ຄົນພິການເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນຊີວິດຫຼາຍຂຶ້ນ ແຕ່ສິ່ງນັ້ນບໍ່ປ່ຽນແປງຄຸນຄ່າ, ທັກສະ ຫຼືການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງບຸກຄົນນັ້ນຕໍ່ຊຸມຊົນຂອງເຂົາເຈົ້າ. ທຸກໆຄົນມີຄວາມພິເສດສະເພາະຕົວ ແລະມີທັກສະແລະຄວາມຈຳເປັນທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ການແບ່ງບັນຊ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມພິການທາງສະຕິບັນຍາ ແລະພັດທະນາການຂອງທ່ານລະຫວ່າງອົງການຕ່າງໆອາດຊ່ວຍໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ຝ່າຍສະໜັບສະໜູນທຸກຄົນຂອງທ່ານຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີທີ່ຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງບັນຊ້ມູນຄວາມພິການທາງສະຕິບັນຍາ ແລະພັດທະນາການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCMI): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

5. ຜົນການກວດຫາເຊື້ອເອດໄອວີ.

ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຜົນການກວດຫາເຊື້ອເອດໄອວີທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບກັບຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລອິນທິບໍດີໃຫ້ການດູແລທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບເຊື້ອເອດໄອວີໂດຍກົງແກ່ທ່ານ.

ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຜົນການກວດຫາເຊື້ອເອດໄອວີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

6. ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳ

ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ລວມທັງ Medi-Cal ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຍືນຍອມເຫັນດີຈາກທ່ານໃນການແບ່ງປັນຜົນກວດທາງພັນທຸກຳທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບ. ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳແມ່ນການທົດສອບໃນຫ້ອງທົດລອງທີ່ໃຊ້ເພື່ອກຳນົດພະຍາດທາງພັນທຸກຳ ຫຼື ພາວະສຸຂະພາບທີ່ທ່ານອາດຈະມີ.

ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ: ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າແບ່ງປັນຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ

2.2 ສິດທິຕ່າງໆຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິຫຍັງແດ່?

ທ່ານມີສິດທິຈະ:

- » ເຊັນແບບຟອມນີ້.
- » ບໍ່ໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້.
- » ໄດ້ຮັບສຳເນົາແບບຟອມນີ້.
- » ປຸງໃຈ ແລະ ເພີກຖອນຄວາມຍືນຍອມ.

ຖ້າທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້ ທ່ານສາມາດປຸງໃຈໃນພາຍຫຼັງໄດ້ບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ ທ່ານມີສິດທິຈະປຸງໃຈກ່ຽວກັບການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານສາມາດປຸງໃຈແບ່ງ ຫຼື ເພີກຖອນຄວາມຍືນຍອມນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າຕ້ອງການປຸງໃຈແບ່ງ ຫຼື ເພີກຖອນຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ ໃຫ້ບໍລິສັດກັບຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດກອກແບບຟອມ ASCMI ໃໝ່ ໂດຍແກ້ໄຂຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້.

- » ການປຸງໃຈໃດໆທີ່ທ່ານຕ້ອງການເຮັດຈະເກີດຂຶ້ນໃນວັນທີ່ແບບຟອມ ASCMI ໃໝ່ຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການລົງນາມ.
- » ການເພີກຖອນຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ແບ່ງປັນດ້ວຍຄວາມຍືນຍອມກ່ອນໜ້ານີ້.

ແບບຟອມໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຂອງສະມາຊິກ (ASCM): NON-AB 133 (ເວີຊັນ 2.0)

2.3 ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ

ໂດຍການລົງນາມແບບຟອມນີ້ ທ່ານເຂົ້າໃຈ ແລະຕົກລົງເຫັນດີວ່າ:

- » ຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລຂອງທ່ານທີ່ລະບຸໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.2 ຂອງແບບຟອມນີ້ ອາດຈະໃຊ້ ແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ແລະຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານເລືອກໄວ້ຂ້າງເທິງ ເພື່ອຈຸດປະສົງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກສ່ວນທີ 1.1 ຂອງແບບຟອມນີ້.
- » ທ່ານເຂົ້າໃຈເຊັນກັນວ່າ ເມື່ອຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຖືກແບ່ງປັນ ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ຫຼືຂອງລັດອາດຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວທີ່ມີການແບ່ງປັນຊ້ຳອີກ.

ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານມີອາຍຸດົນບານໃດ?

- » ຖ້າທ່ານມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຄວາມຍືນຍອມນີ້ຈະມີອາຍຸໜຶ່ງປີນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມ.
- » ຖ້າທ່ານມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານຈະມີອາຍຸໜຶ່ງປີນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມ. ຖ້າທ່ານມີອາຍຸ 18 ປີ ຫຼື ຖ້າຜູ້ປົກຄອງຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງໃນຊ່ວງໄລຍະໜຶ່ງປີນີ້ ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມສະບັບໃໝ່.
- » ໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງອາຍຸຂອງທ່ານ ທ່ານສາມາດປ່ຽນໃຈ ແລະເຜີກຖອນຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາເປັນລາຍລັກອັກສອນໂດຍໃຊ້ແບບຟອມ ASCMI Revocation Form.

ຊື່ຂອງທ່ານ	ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບປປ)
ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕາງໜ້າທາງ ກົດໝາຍ	ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕາງໜ້າທາງ ກົດໝາຍ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບປປ)