

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ УЧАСТНИКА (ASCM): НЕАВ 133<sup>1</sup> (ВЕРСИЯ 2.0)

**Форма ASCMI: «Non-AB 133» может использоваться для разрешения обмена данными в отношении лиц, проживающих в Калифорнии, которые не соответствуют критериям для использования формы ASCMI: АВ 133. Это включает всех лиц, которые:**

1. Не зарегистрированы в программе управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal.
2. Не получают услуги в области поведенческого здоровья по программе Medi-Cal.
3. Не участвуют в уголовно-правовой системе и не имеют права на получение льгот Medi-Cal перед освобождением.

\_\_\_\_\_ хочет помочь с координацией ваших медицинских и социальных услуг, чтобы вы могли вести более здоровый образ жизни. Ваш Партнёр по уходу может попросить вас подписать форму, если ему потребуется ваше согласие на передачу вашей информации другим людям или организациям, от которых вы получаете помощь или услуги. Форма не предназначена для общего раскрытия вашей информации, если это не требуется для координации вашего ухода. Пожалуйста, ознакомьтесь с приведённой ниже информацией, чтобы узнать подробнее о целях обмена данными и о том, кто может передавать и получать вашу информацию.

Эта форма ASCMI позволит:

- » Объясните, какая информация о вас может быть передана для координации вашего ухода.
- » Объяснить, каким образом ваша информация может передаваться и использоваться.
- » Попросить ваше разрешение на передачу определённых типов вашей информации. Типы информации указаны в Разделе 1.3 формы ASCMI.

<sup>1</sup> АВ 133 относится к Законопроекту Ассамблеи штата Калифорния № 133 (California Assembly Bill 133)

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ УЧАСТНИКА (ASCM): HEAB 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

## Информация о клиенте

Имя клиента: \_\_\_\_\_ Дата рождения (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

Почтовый адрес, город/штат, почтовый индекс<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Адрес проживания, город/штат, почтовый индекс (необязательно): \_\_\_\_\_

Номер телефона (необязательно): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (необязательно): \_\_\_\_\_

Вы даёте разрешение вашим Партнёрам по уходу связываться с вами по текстовым сообщениям или по телефону? Ваш Партнёр по уходу может связаться с вами, чтобы обсудить ваши выборы согласия и сообщить, если срок вашего согласия истёк.<sup>3</sup> Пожалуйста, отметьте ниже поле с вашим выбором:

Да (необходимо указать номер телефона, указанный выше)

Текстовые сообщения и телефонные звонки

Только текст

Только телефонный звонок

Нет

## Информация о партнере по уходу

*Этот раздел должен быть заполнен Партнёром по уходу, получающим согласие от указанного выше Клиента на раскрытие его информации.*

Имя партнера по уходу: \_\_\_\_\_

Название организации: \_\_\_\_\_

Номер национального идентификатора поставщика (NPI) (если применимо): \_\_\_\_\_

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН): \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Номер факса (необязательно): \_\_\_\_\_

Почтовый адрес, город/штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Это может быть любой адрес, по которому вы можете получать почту, включая адрес друга, приюта или члена семьи.

<sup>3</sup> Это может повлечь за собой расходы на использование вашего мобильного телефона.

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ УЧАСТНИКА (ASCM): HEAB 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

## РАЗДЕЛ 1. Обзор обмена вашей личной информацией

### 1.1 Цель обмена информацией

Ваша личная информация, указанная в Разделе 1.3 ниже, может передаваться по многим причинам, включая следующие:

- » Координация вашего ухода. Например, помощь в записи на приём, запросе жилищной поддержки или поиске терапевта.
- » Предоставление вам медицинской, стоматологической, психиатрической помощи и услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.
- » Получение оплаты от вашей страховой компании за лечение и предоставленные вам услуги.
- » Связывание вас с программами, услугами и ресурсами, которые могут помочь улучшить ваше здоровье и благополучие.
- » Сбор информации для того, чтобы \_\_\_\_\_ помочь улучшить качество оказываемой вам помощи.

### 1.2 Кто может передавать и получать вашу информацию

Партнёры по уходу могут передавать вашу информацию. Партнёры по уходу — это специалисты и организации, к которым вы обращались раньше, обращаетесь сейчас или можете обратиться в будущем. Эти Партнёры по уходу могут включать:

- » Медицинских работников, включая лечащих врачей и специалистов по психическому здоровью.
- » Поставщиков услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, таких как программы лечения опиоидной зависимости и стационарные реабилитационные программы.
- » Общественные организации и поставщики услуг для бездомных.
- » Планы медицинского страхования, включая программы управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal и планы поведенческого здоровья.
- » Окружные агентства здравоохранения и социальных служб.
- » Сертифицированные организации по обмену медицинской информацией.
- » Государственные агентства здравоохранения и социальных служб.

### 1.3 Типы информации

#### Какие типы информации требуют вашего согласия для передачи?

Существуют некоторые виды информации, которые вы можете выбрать — передавать их или не передавать:

- » Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, которая защищена в соответствии с 42 C.F.R. Часть 2.
- » Некоторая информация о психическом здоровье.

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ УЧАСТНИКА (ASCM): HEAB 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

- » Информация об интеллектуальных и нарушениях развития.
- » Результаты теста на ВИЧ.
- » Результаты генетических тестов
- » Информация о жилье, включая ваш жилищный статус, историю и получаемую поддержку.

Более подробная информация о каждом из перечисленных выше типов информации приведена в Разделе 2.1 данной формы. Вы можете выбрать, давать ли своё согласие на передачу этих типов информации или нет. Когда вы даёте своё согласие, это означает, что вы разрешаете передачу этой информации.

**Некоторые из ваших Партнёров по уходу могут использовать и передавать часть вашей медицинской и социальной информации без вашего согласия для следующих целей:**

- » Оказывать вам лечение.
- » Получать оплату за услуги.
- » Осуществлять деятельность своей организации и координировать ваш уход.

**Какие типы информации могут передаваться без вашего согласия?**

- » Медицинская и психиатрическая информация (см. исключения ниже).
- » Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, которая не защищена федеральным законом 42 C.F.R. Часть 2.
- » Информация о медицинском страховании.

## РАЗДЕЛ 2. Запрос вашего разрешения

### 2.1 Особые разрешения

**От вас запрашиваются шесть особых разрешений:**

1. Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ
2. Личная информация, связанная с жильём
3. Информация о психическом здоровье
4. Информация об интеллектуальных и нарушениях развития
5. Результаты теста на ВИЧ
6. Результаты генетического теста

**Выберите «Да» или «Нет / Не относится ко мне» для каждого особого разрешения**

**Выбор «Да» или «Нет / Не относится ко мне» — это ваше решение.** Даже если вы выберете «Нет» в форме, это не повлияет на ваше право на получение пособий или возможность получать медицинскую помощь и услуги.

- » Если вы выберете «Нет / Не относится ко мне» в форме, ваши Партнёры по уходу не будут передавать ту информацию, для которой вы выбрали «Нет» или «Не относится ко мне».

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ УЧАСТНИКА (ASCM): НЕАВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

- Если вы решите не подписывать форму, ваши Партнёры по уходу не будут передавать информацию, описанную в этом разделе.
- » Если вы выберете «Да» в форме, ваши Партнёры по уходу смогут передавать важную информацию о вас, что поможет им координировать ваш уход. Это также поможет им легче направлять вас к другим услугам.

## 1. Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ

- » Некоторая информация, связанная с употреблением психоактивных веществ, защищена федеральным законом 42 C.F.R. Часть 2, обычно называемым «Часть 2». Ваш Партнёр по уходу, оказывающий лечение расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, может сообщить вам, защищена ли ваша информация в соответствии с 42 C.F.R. Часть 2.
- » Вы можете дать разрешение на передачу информации, защищённой «Частью 2», о диагнозе или лечении расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, чтобы специалисты могли оказывать вам лечение, получать оплату за услуги, осуществлять деятельность своей организации и координировать ваш уход.
- » Когда вы даёте разрешение на передачу информации, защищённой «Частью 2», программе Medi-Cal, вашему медицинскому плану или другому поставщику медицинских услуг, им разрешается передавать эту информацию другим Партнёрам по уходу для тех же целей, указанных в пункте выше. Они также могут передавать вашу информацию без вашего согласия для других целей, разрешённых федеральным и государственным законодательством. Они не могут передавать эту информацию для использования в гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательствах против вас.
- » После того как информация, защищённая «Частью 2», была использована или передана, она может больше не защищаться «Частью 2» или не защищаться тем же образом, как до её использования или передачи. Вместо этого ваша информация, защищённая «Частью 2», может подпадать под защиту других законов, регулирующих охрану вашей медицинской информации.
- » Вы можете получить список Партнёров по уходу, с которыми ваш поставщик услуг по лечению расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ в соответствии с Частью 2, поделился вашей информацией, обратившись к своему поставщику этих услуг.

Ваше согласие: Я даю разрешение своим лечащим специалистам по расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ, передавать мою прошлую, настоящую и будущую информацию, связанную с этими расстройствами, включая информацию, защищённую Частью 2.

Да                      Нет / Не относится ко мне

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ УЧАСТНИКА (ASCM): HEAB 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

## 2. Личная информация, связанная с жильем

Если вам нужны жилищные услуги, вы можете получить помощь через систему Координированного входа (Coordinated Entry). Система Координированного входа (Coordinated Entry) — это местные организации, которые помогают координировать жилищные услуги для нуждающихся в них людей. Этим организациям может потребоваться ваше разрешение на передачу информации, связанной с вашим жильём, в Системы управления информацией о бездомности (Homeless Management Information Systems) и другим Партнёрам по уходу, таким как ваш поставщик медицинских услуг. Эти системы используются жилищными организациями для предоставления и координации жилищных и сопутствующих услуг.

Ваше согласие: Я даю своё разрешение местному поставщику жилищных услуг передавать личную информацию обо мне, связанную с жильём, включая мой жилищный статус, историю и получаемую поддержку, в его Систему управления информацией о бездомности (Homeless Management Information System) и другим Партнёрам по уходу, таким как мой поставщик медицинских услуг.

Да Нет / Не относится ко мне

## 3. Информация о психическом здоровье

Для передачи части вашей информации о психическом здоровье требуется ваше согласие. Сюда входит информация о психиатрической помощи, которую вы могли получить от поставщиков в вашем районе, например, записи о лечении, данные о рецептах или оценках. Она также может включать информацию о психическом здоровье, если вы получали помощь в государственном или окружном госпитале, психиатрическом учреждении или находясь в тюрьме.

Ваше согласие: Я даю разрешение своим Партнёрам по уходу передавать мою информацию о психическом здоровье.

Да Нет / Не относится ко мне

## 4. Информация об интеллектуальных нарушениях и нарушениях развития

- » Для передачи определённой информации, связанной с вашими интеллектуальными и нарушениями развития, требуется ваше согласие. Это состояния, которые влияют на работу мозга и тела человека. Обычно они начинаются до 22-летнего возраста и продолжаются всю жизнь. Интеллектуальные нарушения могут затруднять обучение, решение проблем и выполнение повседневных задач. Развивные (девелопментальные) нарушения — это более широкая группа состояний, которые могут влиять на физические способности, мышление, речь и поведение. Примеры интеллектуальных и развивных нарушений включают аутизм, синдром Дауна, детский церебральный паралич и эпилепсию.
- » Людям с такими нарушениями иногда требуется больше поддержки в жизни, но это не уменьшает их ценности, способностей и вклада в жизнь их сообществ. Каждый человек уникален и обладает своими особыми навыками и потребностями. Обмен информацией о вашем интеллектуальном и развивном нарушении между различными организациями позволяет всем специалистам, которые вас поддерживают, лучше понимать, как именно помочь вам.

Ваше согласие: Я даю разрешение моим Партнёрам по уходу делиться информацией о моём интеллектуальном и развивном нарушении.

Да Нет / Не относится ко мне

# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ УЧАСТНИКА (ASCM): HEAB 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

## 5. Результаты теста на ВИЧ

Ваше согласие требуется для передачи любых результатов теста на ВИЧ другому Партнёру по уходу, который не предоставляет вам помощь, связанную с ВИЧ.

Ваше согласие: Я даю разрешение моим Партнёрам по уходу делиться результатами моего теста на ВИЧ.

Да Нет / Не относится ко мне

## 6. Результаты генетических тестов

Ваше согласие требуется, чтобы ваш медицинский страховой план, включая Medi-Cal, мог передавать результаты любых генетических тестов, которые вы могли пройти. Результаты генетических тестов — это лабораторные анализы, используемые для выявления определённых генетических заболеваний или состояний здоровья, которые могут у вас быть.

Ваше согласие: Я даю разрешение моим Партнёрам по уходу делиться результатами моих генетических тестов.

Да Нет / Не относится ко мне

## 2.2 Ваши права

### Каковы ваши права?

Вы имеете право:

- » Подпишите эту форму.
- » Не подписывайте эту форму.
- » Получите копию этой формы.
- » Измените своё решение и отзовите своё разрешение.

### Если вы подпишете эту форму, сможете ли вы позже изменить своё решение?

Да, вы имеете право изменить своё решение о предоставлении информации и можете изменить или отозвать своё согласие в любое время. Чтобы изменить или отозвать своё согласие, обратитесь к своим Партнёрам по уходу. Вы можете заполнить новую форму ASCMI с изменениями, которые хотите внести.

- » Любые изменения, которые вы хотите внести, вступят в силу в день подписания вашей новой формы ASCMI.



# ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОБМЕН КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ УЧАСТНИКА (ASCM): НЕАВ 133 (ВЕРСИЯ 2.0)

- » Отзыв вашего согласия не повлияет на информацию, которая ранее была передана с вашего разрешения.

## 2.3 Ваша подпись

**Подписывая эту форму, вы понимаете и соглашаетесь с тем, что:**

- » Ваши Партнёры по уходу, указанные в разделе 1.2 этой формы, могут использовать и передавать выбранную вами выше медицинскую и личную информацию для целей, описанных в разделе 1.1 этой формы.
- » Вы также понимаете, что после передачи вашей информации федеральное или штатное законодательство может не защищать её повторное распространение.

## Как долго действует ваше согласие на передачу вашей информации?

- » **Если вам 18 лет или больше**, это согласие будет действовать в течение одного года с даты подписания формы.
- » **Если вам меньше 18 лет**, ваше согласие будет действовать в течение одного года с даты подписания формы. Если вам исполнится 18 лет или изменится опекунов в течение этого одного года, вам потребуется предоставить новое согласие.
- » Независимо от вашего возраста, вы можете в любое время изменить своё решение и отозвать согласие в письменной форме, используя форму отзыва ASCMI (ASCM Revocation Form).

Ваше имя	Ваша подпись	Дата (mm/dd/yyyy)
Имя родителя/опекуна/ законного представителя	Подпись родителя/опекуна/законного представителя	Дата (mm/dd/yyyy)