

तिथि:

रोगी की जानकारी (यह भाग काउंटी पूरा करेगी)

रोगी का नाम:

रोगी की जन्म तिथि:

CLIENT INDEX NUMBER (CIN):

प्रिय डॉ. _____

कृपया उपर सूचीबद्ध अपने रोगी से संबंधित निम्न विवरण पूर्ण करके काउंटी को _____ को भेज दें तांकि हम Medi-Cal के लिए आपकी योग्यता का निर्धारण कर सकें। कृपया डाक-भुगतान सहित पहले से पता लिखे हुए लिफाफे का इस्तेमाल करें। आप नीचे बताए अनुसार इसे फ़ैक्स या ईमेल द्वारा भी भेज सकते हैं। आपके रोगी ने हमें यह जानकारी साझा करने की अनुमति दी है। कृपया संलग्न की गई रोगी की अनुमति देखें।

काउंटी कार्यकर्ता के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

बड़े अक्षरों में काउंटी कार्यकर्ता का नाम: _____

फोन नंबर: _____ फ़ैक्स नंबर: _____

काउंटी कार्यकर्ता की ईमेल: _____

जीवन-साथी शक्तिहीनता प्रावधानों के अधीन गृह एवं समुदाय आधारित सेवाओं के लिए चिकित्सक का सत्यापन
(Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

चिकित्सक की जानकारी

बड़े अक्षरों में चिकित्सक का नाम:

तिथि:

टेलीफोन:

ईमेल:

मेरी जाँच के अनुसार, मेरे रोगी _____ को काम से कम 30 दिन लगातार नर्सिंग सुविधा स्तर की देखभाल की आवश्यकता होगी, जब तक कि उसे घर पर देखभाल और सहायता सेवाएँ मिल नहीं जाती जों उसे घर पर सुरक्षित रहने में सहायता करेंगी। मेरे रोगी को पहली बार नर्सिंग सुविधा स्तर की देखभाल सेवाओं की जरूरत _____ से शुरू हुई थी, और उसी दिन से उसे निरंतर आधार पर इन सेवाओं की आवश्यकता रहती है।

संयुक्त राज्य अमेरिका और कैलिफ़ोर्निया राज्य के कानूनों के अधीन गलत बयान देने के अधीन मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि इस चिकित्सक सत्यापन की संपूर्ण जानकारी सच और सही है।

चिकित्सक के हस्ताक्षर:

तिथि:

रोगी की अनुमति

मैं, _____ चिकित्सक _____ को
Medi-Cal के लिए मेरी योग्यता निर्धारित करने के उद्देश्य से _____ काउंटी को इस फॉर्म में
दी गई चिकित्सीय जानकारी साझी करने की अनुमति देता/देती हूँ।

- मैं सूचीबद्ध उद्देश्य के लिए ऊपर वर्णित अनुसार अपनी व्यक्तिगत रूप से पहचाने जाने योग्य स्वास्थ्य जानकारी के इस्तेमाल या प्रकटीकरण की अनुमति देता/देती हूँ।
- मुझे मेरी जानकारी साझी करने की अनुमति वापस लेने का अधिकार है। यदि मैं जानकारी के इस्तेमाल या खुलासा करने के लिए इस अनुमति पर हस्ताक्षर करता हूँ, तो मैं ऐसी अनुमति किसी भी समय रद्द कर सकता हूँ। रद्द करने का अनुरोध लिखित में किया जाना चाहिए और इससे ऐसी कोई भी जानकारी प्रभावित नहीं होगी जो पहले से ही इस्तेमाल की गई है या साझी की गई है।
- मुझे इस अनुमति की एक प्रति प्राप्त करने का अधिकार है।
- मैं इस अनुमति पर स्वेच्छा से हस्ताक्षर कर रहा हूँ और यदि मैं इस अनुमति पर हस्ताक्षर नहीं करता हूँ, तो हो सकता है कि इस कार्यक्रम के तहत लाभों के लिए मेरी योग्यता, या इलाज और भुगतान संभव न हों।
- मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि जिस व्यक्ति को इस अनुमति के अनुसार रिकॉर्ड और जानकारी का खुलासा किया गया है, वह आगे इस चिकित्सीय जानकारी का इस्तेमाल या खुलासा नहीं करेगा, जब तक की इससे संबंधित मुझसे अन्य अनुमति नहीं ली जाती या ऐसा खुलासा जो विशेष रूप से कानून द्वारा अनुमत या आवश्यक हो।

हस्ताक्षरित: _____ तिथि: _____

यदि हस्ताक्षर रोगी द्वारा नहीं किए गए हैं, जो इस खुलासे के अधीन एक रोगी है, अनुमति पर हस्ताक्षर करने का आधार निर्दिष्ट करें:

नाबालिग के माता-पिता अभिभावक जीवनसाथी अधिकृत प्रतिनिधि

रोगी के साथ संबंध की व्याख्या करें और बताएं कि रोगी हस्ताक्षर करने में असमर्थ क्यों है: _____

गवाह: मैं इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को जानता/जानती हूँ या मैं इस व्यक्ति की पहचान के संतुष्ट हूँ: (यदि हस्ताक्षर "X" हैं, तो वह अशिक्षित है, या इसमें गैर-पश्चिमी अक्षर शामिल हैं)

गवाह के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

पता: _____ शहर/ज़िप कोड: _____

This general and special authorization to disclose information has been developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical and other information under: The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C., Section 1320d-1320d-8 (45 CFR Part 164); 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2); 38 U.S.C., Section 7332; 20 U.S.C., Section 1232g (34 CFR Parts 99 and 300); and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850 and 14100.2 and Civil Code, Sections 1798-1798.78.