

Дата: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (Этот раздел заполняется округом)

ИМЯ ПАЦИЕНТА: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА: _____

CLIENT INDEX NUMBER (CIN): _____

Уважаемый д-р _____

Пожалуйста, заполните и верните заявление, приведенное ниже, округу до _____ в отношении вышеуказанного пациента, чтобы мы могли определить его/ее соответствие требованиям для программы Medi-Cal. Пожалуйста, используйте предварительно оплаченный конверт с обратным адресом. Вы также можете отправить это заявление по факсу или на адрес электронной почты, указанный ниже. Ваш пациент дал разрешение на Ваше предоставление нам этой информации. См. прилагаемое разрешение пациента.

Подпись сотрудника округа: _____ Дата: _____

Имя сотрудника округа печатными буквами: _____

Номер телефона: _____ Номер факса: _____

Электронный адрес сотрудника округа: _____

проверка врача для домашних и общественных служб в соответствии постановлениям
супружеского Обеднение
(Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

ИНФОРМАЦИЯ О ВРАЧЕ

ИМЯ ВРАЧА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ: _____

ДАТА: _____

ТЕЛЕФОН: _____

ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС: _____

По результатам проведенного мною осмотра, моему пациенту, _____, вероятно, потребуется уход на уровне медицинского учреждения для длительного пребывания в течение не менее 30 дней подряд, если он/она не будет получать услуги ухода и поддержки на дому, которые позволят ему/ей безопасно проживать дома. Потребность моего пациента в этих услугах на уровне медицинского учреждения для длительного пребывания началась _____, и с этого времени моему пациенту требуются эти услуги.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, что информация, содержащаяся в этом Подтверждении врача, является достоверной и правильной.

ПОДПИСЬ ВРАЧА: _____

Дата: _____

Разрешение пациента

Я, _____ даю разрешение врачу _____
раскрывать медицинскую информацию, указанную в этой форме, округу _____
для целей определения моего соответствия требованиям для программы Medi-Cal.

- Я даю разрешение на использование или раскрытие моей идентифицируемой медицинской информации согласно описанию выше для указанной цели.
- У меня есть право отозвать разрешение на предоставление моей информации. Если я подписываю это разрешение на использование или раскрытие информации, я могу отозвать это разрешение в любое время. Отзыв разрешения должен осуществляться в письменной форме и не влияет на ранее использованную или раскрытую информацию.
- У меня есть право получить копию этого разрешения.
- Я подписываю это разрешение добровольно; лечение, оплата услуг или мое соответствие требованиям могут не представляться возможными, если я не подпишу это разрешение.
- Я также понимаю, что лицо, которому предоставляются данные и информация согласно этому разрешению, не имеет права использовать или раскрывать медицинскую информацию далее, если от меня не получено для этого другое разрешение, или за исключением случаев, когда это является обязательным или допустимым в соответствии с положениями законодательства.

ПОДПИСАНО: _____ ДАТА: _____

Если подписано не лицом, дающим разрешение, укажите основания для подписи другим лицом:

Родитель несовершеннолетнего Опекун Супруг (-а) Уполномоченный представитель

Объясните родство с пациентом и причину, по которой пациент не может подписать документ:

СВИДЕТЕЛЬ: Я знаю лицо, подписывающее эту форму, или личность этого лица была подтверждена:
(Обязательно для "X", неразборчивой подписи или подписи с использованием иностранных букв)

Подпись свидетеля: _____ Дата: _____

Адрес: _____ Город/Почтовый индекс: _____

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.