

Ngày:

THÔNG TIN BỆNH NHÂN (Quận Hoàn Thành Phần Này)	
TÊN BỆNH NHÂN:	NGÀY SINH CỦA BỆNH NHÂN:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Kính gửi Bác Sĩ \_\_\_\_\_

Vui lòng hoàn thành và gửi lại tuyên bố dưới đây cho quận trước \_\_\_\_\_ về bệnh nhân của quý vị được nêu tên ở trên để chúng tôi có thể quyết định tính đủ điều kiện hưởng Medi-Cal của họ. Vui lòng sử dụng phong bì đã trả bưu phí có đề sẵn địa chỉ. Quý vị cũng có thể gửi lại bằng fax hoặc email như được chỉ ra bên dưới. Bệnh nhân của quý vị đã cho phép tiết lộ thông tin này với chúng tôi. Vui lòng xem mẫu cho phép của bệnh nhân được đính kèm.

Chữ Ký của Nhân Viên Quận: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên Viết In của Nhân Viên Quận: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_ Số Fax: \_\_\_\_\_

Email của Nhân Viên Quận: \_\_\_\_\_

**Xác Minh của Bác Sĩ dành cho các Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng Theo các Điều Khoản về Vợ Chồng Nghèo (Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)**

THÔNG TIN CỦA BÁC SĨ	
TÊN VIẾT IN CỦA BÁC SĨ:	NGÀY:
ĐIỆN THOẠI:	EMAIL:
Dựa vào lần khám của tôi, bệnh nhân của tôi, _____, sẽ có khả năng cần được chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng trong tối thiểu 30 ngày liên tiếp trừ khi họ nhận được dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ tại nhà cho phép họ cư trú an toàn tại nhà. Bệnh nhân của tôi lần đầu tiên bắt đầu cần những dịch vụ này ở mức độ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng _____, và đã tiếp tục cần những dịch vụ này kể từ ngày đó.	
Tôi tuyên bố theo hình phạt khai man theo luật của Hoa Kỳ và Tiểu Bang California rằng thông tin nêu trong phần Xác Minh của Bác Sĩ này là đúng và chính xác.	
CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ:	

Ngày:

Cho Phép của Bệnh Nhân

Tôi, \_\_\_\_\_ cho phép bác sĩ \_\_\_\_\_  
tiết lộ thông tin y tế trên mẫu này cho Quận \_\_\_\_\_ nhằm mục đích xác  
minh tính đủ điều kiện hưởng Medi-Cal của tôi.

- Tôi cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế có thể nhận dạng cá nhân của tôi theo mô tả ở trên nhằm mục đích đã được liệt kê.
- Tôi có quyền thu hồi cho phép tiết lộ thông tin của tôi. Nếu tôi ký mẫu cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin này, tôi có thể thu hồi mẫu cho phép vào bất kỳ thời điểm nào. Thu hồi phải được thực hiện bằng văn bản và sẽ không ảnh hưởng đến thông tin đã được sử dụng hoặc tiết lộ.
- Tôi có quyền nhận bản sao mẫu cho phép này.
- Tôi tự nguyện ký mẫu cho phép này và nếu tôi không ký mẫu cho phép này, tôi không thể được điều trị, thanh toán hoặc đủ điều kiện nhận các phúc lợi theo chương trình này.
- Tôi hiểu thêm rằng người được tiết lộ hồ sơ và thông tin theo mẫu cho phép này không thể tiếp tục sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế trừ khi có được mẫu cho phép khác từ tôi hoặc trừ khi tiết lộ đó được yêu cầu cụ thể hoặc được pháp luật cho phép.

ĐÃ KÝ: \_\_\_\_\_ NGÀY: \_\_\_\_\_

Nếu bệnh nhân là đối tượng của tiết lộ này không ký tên, hãy nêu rõ cơ sở cho thẩm quyền ký tên:

- Phụ Huynh của Trẻ Vị Thành Niên       Người Giám Hộ  
 Vợ/Chồng       Đại Diện Được Ủy Quyền Representative

Giải thích mối quan hệ với bệnh nhân và lý do tại sao bệnh nhân không thể ký: \_\_\_\_\_

**NHÂN CHỨNG:** Tôi biết người ký tên mẫu này hoặc hài lòng về danh tính của người này: (Bắt buộc điền đối ô được đánh dấu "X", chữ ký không hợp lệ hoặc chữ ký là ký tự nước ngoài)

Chữ ký của nhân chứng: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Đường Phố \_\_\_\_\_ Mã Thành Phố/Zip: \_\_\_\_\_

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.