

# 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 表格： 非 AB 133<sup>1</sup> (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

**“ASCFMI 表格：非 AB 133” 可用于授权居住在加利福尼亚州、但不符合使用《ASCFMI 表格：AB 133》条件的个人进行数据共享。这包括以下所有人员：**

1. 未参加加州医疗补助 (Medi-Cal) 管理式医疗计划的人员。
2. 未在加州医疗补助项目下接受行为健康服务的人员。
3. 未涉及刑事法律体系，且不符合监禁前加州医疗补助福利资格的人员。

本表格旨在帮助协调您的健康与社会服务，使您能够过上更健康的生活。当您的照护伙伴需要您的同意，以便与您正在接受照护或服务的人员或机构共享您的信息时，他们可能会要求您签署本表格。本表格的目的并非授权在不涉及照护协调的情况下普遍披露您的信息。请参见下文，了解关于信息共享目的及可共享和接收您信息的对象的更多详情。

本 ASCFI 表格将：

- » 说明可共享的您的信息内容，以帮助协调您的照护；
- » 说明可能会如何共享和使用您的信息。
- » 征求您对共享某些类型信息的许可。这些信息类型列于 ASCFI 表格的第 1.3 节。

<sup>1</sup> AB 133 是指加利福尼亚州议会第 133 号法案。

## 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

### 客户信息

客户姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期 (月/日/年): \_\_\_\_\_

邮寄地址、城市/州、邮政编码<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

居住地址、城市/州、邮政编码 (可选): \_\_\_\_\_

电话号码 (可选): \_\_\_\_\_ 电子邮件地址 (可选): \_\_\_\_\_

您是否允许您的照护伙伴通过短信或电话与您联系？您的照护伙伴可能会联系您，以讨论您的同意选择，或通知您的同意是否已过期。<sup>3</sup> 请在下方勾选相应的选项：

是 (必须在上提供电话号码)

短信和电话

仅短信

仅电话

否

### 照护伙伴信息

本部分应由上方获得该客户同意以披露其信息的照护伙伴填写。

照护伙伴姓名: \_\_\_\_\_

组织名称: \_\_\_\_\_

全国提供者识别号码 (如适用): \_\_\_\_\_

纳税人识别号 (TIN): \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_ 传真号码 (可选): \_\_\_\_\_

邮寄地址、城市/州、邮政编码: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> 此地址可以是您能够接收邮件的任何地址，包括朋友、收容所或家人的地址。

<sup>3</sup> 这可能会导致您的手机产生通信费用。

# 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

## 第 1 部分：您的个人信息共享概述

### 1.1 信息共享的目的

您在下文第 1.3 节所列的个人信息可因多种原因而被共享，包括：

- » 协调您的照护。例如，帮助您安排预约、申请住房支持或寻找治疗师。
- » 向您提供医疗、牙科、心理健康及药物成瘾治疗与服务。
- » 向您的保险承保机构申请支付为您提供的治疗和服务费用。
- » 将您与有助于改善健康与福祉的项目、服务及资源进行对接。
- » 收集信息，以便 \_\_\_\_\_ 可以帮助改善您接受的照护。

### 1.2 谁可以共享和接收您的信息

照护伙伴可共享您的信息。照护伙伴是您过去曾经就诊、目前正在就诊或将来可能就诊的提供者和机构。这些照护伙伴可包括：

- » 医疗保健提供者，包括初级保健医师和心理健康服务提供者。
- » 药物成瘾治疗提供者，例如阿片类药物治疗和住院治疗项目。
- » 社区组织及无家可归者服务提供者。
- » 健康保险计划，包括加州医疗补助管理式医疗计划及行为健康计划。
- » 县级卫生及人类服务机构。
- » 合格的健康信息机构。
- » 州卫生和公共服务机构。

# 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

## 1.3 信息类型

### 哪些类型的信息需要征得您的同意才能分享?

有些类型的信息由您自行决定是否共享, 包括:

- » 受《联邦法规》第 42 编第 2 部分保护的药物成瘾相关信息。
- » 部分心理健康信息。
- » 智力及发育障碍信息。
- » HIV 检测结果。
- » 基因检测结果。
- » 住房信息, 包括您的住房状况、住房历史及支持情况。

关于上述各类信息的更多详情, 请参见本表格第 2.1 节。您可自行选择是否同意共享上述信息。当您给予同意时, 即表示您允许共享这些信息。

### 您的一些照护伙伴可在未经您同意的情况下, 使用和共享部分您的健康和社会服务信息, 用于以下目的:

- » 为您提供治疗。
- » 收取服务费用。
- » 运营其机构并协调您的照护。

### 哪些类型的信息可在未经您同意的情况下共享?

- » 医疗和心理健康信息 (见下文例外情况)。
- » 不受《联邦法规》第 42 编第 2 部分保护的药物成瘾相关信息。
- » 健康保险信息。

# 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

## 第 2 部分：请求您的许可

### 2.1 特殊许可

本部分将向您请求六项特殊许可：

1. 药物成瘾相关信息
2. 与住房相关的个人信息
3. 心理健康信息
4. 智力和发育障碍信息
5. HIV 检测结果
6. 基因检测结果

请为每一项特别授权选择“是”或“否/不适用于我”。

选择“是”或“否/不适用于我”完全由您自行决定。即使您在表格上选择“否”，也不会影响您获得福利的资格或接受医疗及服务的能力。

- » 如果您在本表格中选择“否/不适用于我”，您的照护伙伴将不会共享您关于该项选择“否/不适用于我”的相关信息。
  - 如果您选择不签署本表格，您的照护伙伴将不会共享本节所述的信息。
- » 如果您在表格上选择“是”，您的照护伙伴即可共享有关您的重要信息，以便更好地协调您的照护，并帮助您更便捷地获得其他服务。

## 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

### 1. 药物成瘾相关信息

- » 有些药物成瘾相关信息受《联邦法规》第 42 编第 2 部分 (通常称为“第 2 部分”) 保护。为您提供药物成瘾治疗的照护伙伴可以告知您, 您的药物成瘾信息是否受《联邦法规》第 42 编第 2 部分保护。
- » 您可授权共享第 2 部分保护的物质成瘾诊断或治疗信息, 以便医护提供者为您提供治疗、获取服务费用、运营其机构并协调您的照护。
- » 当您授权将您的第 2 部分物质成瘾信息共享给加州医疗补助、您的健康保险计划或其他医疗保健提供者时, 他们可基于上述相同目的将该信息与其他照护伙伴共享。他们也可在联邦或州法律允许的其他情形下, 未经您同意共享您的信息。但他们不得将该信息用于针对您的民事、刑事、行政或立法程序。
- » 一旦您的第 2 部分物质成瘾信息被使用或共享, 该信息可能不再受第 2 部分保护, 或不再以原有方式受到保护。您的第 2 部分物质成瘾信息可能改由其他保护您健康信息的法律所保障。
- » 您可通过联系您的物质成瘾治疗提供者, 获取您的第 2 部分物质成瘾治疗提供者已经与其共享您信息的照护伙伴名单。

**您的同意:** 我允许我的物质成瘾治疗提供者共享我过去、现在及未来的物质成瘾相关信息, 包括第 2 部分保护的信息。

是            否/不适用于我

## 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

### 2. 与住房相关的个人信息

如果您需要住房服务，您可以通过 Coordinated Entry 系统获得帮助。Coordinated Entry 系统是当地机构，专门为有住房需求的人士协调相关住房服务。这些机构可能需要您授权，将与您住房有关的信息共享给无家可归者管理信息系统及其他照护伙伴，例如您的医疗保健提供者。这些系统由住房机构使用，用于提供和协调住房及住房支持服务。

您的同意：我允许我当地的住房提供者通过其无家可归者管理信息系统及其他照护伙伴（例如我的医疗保健提供者），共享与我住房有关的个人信息，包括我的住房状况、住房历史和支持情况。

是            否/不适用于我

### 3. 心理健康信息

共享您部分心理健康信息需经您的同意。这包括您可能从社区提供者获得的心理健康照护信息，例如治疗记录、处方详情或评估资料。如果您曾在州立或县立医院、精神病院接受照护，或在监禁期间接受心理健康服务，该等心理健康信息也可能包括在内。

您的同意：我允许我的照护伙伴共享我的心理健康信息。

是            否/不适用于我

## 机密会员信息共享授权 (ASCFI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

### 4. 智力和发育障碍信息

- » 共享与您的智力及发育障碍相关的特定信息需经您的同意。此类障碍是影响个人大脑和身体功能的状况，通常在 22 岁之前出现并持续终生。智力障碍可能使学习、解决问题和日常任务变得更加困难。发育障碍的范围更广，可能影响身体能力、思维、语言和行为。智力及发育障碍的示例包括自闭症、唐氏综合征、脑瘫和癫痫。
- » 具有这些障碍的人在生活中有时需要更多支持，但这并不影响一个人的价值、能力或其对社区的贡献。每个人都是独特的，拥有不同的能力和需求。在不同机构之间共享有关您智力及发育障碍的信息，可以让所有支持您的人更好地了解如何帮助您。

您的同意：我允许我的照护伙伴共享我的智力及发育障碍相关信息。

是            否/不适用于我

### 5. HIV检测结果

如果需要与未直接为您提供HIV相关照护的其他照护伙伴共享您接受的任何HIV检测结果，则须经您同意。

您的同意：我允许我的照护伙伴共享我的HIV检测信息。

是            否/不适用于我

### 6. 基因检测结果

您的健康保险计划（包括加州医疗补助）在共享您的任何基因检测结果之前，必须获得您的同意。基因检测结果是用于识别您可能患有的某些遗传性疾病或健康状况的实验室检测结果。

您的同意：我允许我的照护伙伴共享我的基因检测信息。

是            否/不适用于我

## 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

### 2.2 您的权利

#### 您享有哪些权利?

您有权:

- » 签署此表格。
- » 不签署此表格。
- » 收到此表格的副本。
- » 改变主意, 撤回您的许可。

#### 如果您签署了本表格, 之后是否可以改变主意?

可以。您有权改变对信息共享的决定, 您可在任何时间修改或撤回此项同意。如需修改或撤回您的同意, 请与您的照护伙伴联系。您可以填写一份新的 ASCMI 表格, 以反映您希望进行的更改。

- » 您所作的任何更改自新表格签署之日起生效。
- » 撤回同意不会影响在您此前同意下已被共享的信息。

## 机密会员信息共享授权 (ASCFI) 表格: 非 AB 133 (版本 2.0)

名字                      中间名                      姓氏                      出生日期                      加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)

### 2.3 您的签名

#### 签署此表格，即表示您理解并同意：

- » 您在本表格第 1.2 节中列出的照护伙伴，可以为本表格第 1.1 节所述目的使用并共享您在上方选择的健康及个人信息。
- » 您也理解，当您的信息被共享后，联邦或州法律可能无法保护该信息被再次共享的情形。

#### 您的信息共享同意有效期多久？

- » **如果您已年满年龄 18 岁**，本同意自您签署表格之日起有效期为一年。
- » **如果您未满 18 岁**，本同意同样自您签署表格之日起有效期为一年。如果您在这一年期间年满 18 岁，或监护权发生变更，您须重新提供新的同意。
- » 无论您的年龄大小，您也可以随时改变主意，并以书面形式使用《ASCFI 撤销表格》撤回您的同意。

您的姓名	您的签名	日期 (月/日/年)
家长/监护人/法定代理人姓名	家长/监护人/法定代理人签名	日期 (月/日/年)