

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: AB 133¹ (BERSYON 2.0)

Ang “ASCFI na Form: AB 133” ay maaaring gamitin upang pahintulutan ang pagbabahagi ng data para sa mga sumusunod na indibidwal:

1. Mga indibidwal na nakatala sa isang plano sa pinamamahalaang pangangalaga ng Medi-Cal.
2. Mga indibidwal na tumatanggap ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali sa ilalim ng Medi-Cal.
3. Mga indibidwal na kasangkot sa kriminal na sistemang legal na kwalipikado para sa pre-release na mga benepisyo ng Medi-Cal.

Nais ng Medi-Cal na tumulong na iugma ang iyong mga serbisyong pangkalusugan at panlipunan upang mamuhay ka nang mas malusog na buhay. Ang pangangalaga at mga serbisyong nakukuha mo sa pamamagitan ng Medi-Cal ay ibinibigay ng maraming organisasyon. Maaaring hilingin sa iyo ng iyong Kasosyo sa Pangangalaga na lagdaan ang Form kapag kailangan nila ang iyong pahintulot na ibahagi ang iyong impormasyon sa ibang tao o organisasyon kung saan ka tumatanggap ng pangangalaga o mga serbisyo. Ang Form ay hindi inilaan upang pahintulutan ang pangkalahatang pagpapalabas ng iyong impormasyon kapag hindi kinakailangan para sa pag-uugnay sa iyong pangangalaga. Mangyaring tingnan sa ibaba para sa karagdagang mga detalye sa layunin ng pagbabahagi ng impormasyon at kung sino ang maaaring magbahagi at tumanggap ng iyong impormasyon.

Ang ASCFI Form na ito ay:

- » Magpapaliwanag kung anong impormasyon tungkol sa iyo ang maaaring ibahagi upang makatulong sa pag-aayos ng iyong pangangalaga.
- » Magpapaliwanag kung paano maaaring ibahagi at gamitin ang iyong impormasyon.
- » Hilingin ang iyong pahintulot na ibahagi ang ilang partikular na uri ng iyong impormasyon. Ang mga uri ng impormasyon ay nakalista sa Seksyon 1.3 ng ASCFI na Form.

¹ Ang AB 133 ay tumutukoy sa California Assembly Bill 133.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: AB 133 (BERSYON 2.0)

Impormasyon ng Miyembro

Pangalan ng Miyembro: _____ Petsa ng Kapanganakan (bb/aa/tttt): _____

Numero ng Index ng Medi-Cal na Kliyente (kung naaangkop)²: _____Address ng Papadalhan ng Koreo, Lungsod/Estado, Zip Code³: _____

Residensyal na Address, Lungsod/Estado, Zip Code (opsyonal): _____

Numero ng Telepono (opsyonal): _____ E-mail Address (opsyonal): _____

Nagbibigay ka ba ng pahintulot para sa iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng teks o tawag sa telepono? Ang iyong Kasosyo sa Pangangalaga ay maaaring makipag-ugnayan sa iyo upang pag-usapan ang tungkol sa iyong mga pagpipilian sa pagpapahintulot at upang ipaalam sa iyo kung ang iyong pahintulot ay nawala na ng bisa. ⁴ Pakilagyan ng tsek ang kahon ng iyong pinili sa ibaba:

Oo (Dapat magbigay ng numero ng telepono sa itaas)

Teks at tawag sa telepono

Teks lang

Tawag lang sa telepono

Hindi

Impormasyon ng Kasosyo sa Pangangalaga

Dapat itong kumpletuhin ng Kasosyo sa Pangangalaga na kumukuha ng pahintulot mula sa Miyembro sa itaas upang ibunyag ang kanilang impormasyon.

Pangalan ng Kasosyo sa Pangangalaga: _____

Pangalan ng Organisasyon: _____

Numero ng National Provider Identifier (NPI) (kung naaangkop): _____

Taxpayer Identification Number (TIN): _____

Numero ng Telepono: _____ Numero ng Fax (opsyonal): _____

Address na Papadalhan ng Koreo, Lungsod/Estado, Zip Code: _____

² Ang Numero ng Index ng Kliyente ay ang unang siyam na karakter ng numero ng pagkakakilanlan na matatagpuan sa harap ng Benefits Identification Card ng Miyembro ng Medi-Cal.

³ Ito ay maaaring maging anumang address kung saan ka makakatanggap ng koreo, kabilang ang address ng isang kaibigan, tirahan, o miyembro ng pamilya.

⁴ Ito ay maaaring magresulta sa mga singil sa iyong cell phone.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: AB 133 (BERSYON 2.0)

Seksyon 1: Pangkalahatang-ideya ng Pagbabahagi ng Iyong Personal na Impormasyon

1.1 Layunin ng Pagbabahagi ng Impormasyon

Ang iyong personal na impormasyong nakalista sa Seksyon 1.3 sa ibaba ay maaaring ibahagi sa maraming dahilan, kabilang ang:

- » Pag-uugnay sa iyong pangangalaga. Halimbawa, pagtulong sa iyong magtakda ng appointment, pagtulong sa iyong humiling ng suporta sa pabahay, o pagtulong sa iyong makahanap ng tagapagbigay ng serbisyo.
- » Pagbibigay sa iyo ng medikal, dental, kalusugang pangkaisipan, at paggamot at mga serbisyo sa karamdaman sa paggamit ng sangkap.
- » Pagkuha ng bayad mula sa iyong tagapagbigay ng seguro sa kalusugan para sa paggamot at mga serbisyong ibinigay sa iyo.
- » Pag-uugnay sa iyo sa mga programa, serbisyo, at mapagkukunan na makakatulong sa pagpapabuti ng iyong kalusugan at kagalingan.
- » Pagkolekta ng impormasyon upang ang Medi-Cal ay makatulong na mapabuti ang pangangalaga na iyong natatanggap.

1.2 Sino ang Maaaring Magbahagi at Makatanggap ng Iyong Impormasyon

Maaaring ibahagi at tanggapin ng Mga Kasosyo sa Pangangalaga ang iyong impormasyon. Ang Mga Kasosyo sa Pangangalaga ay mga tagapagkaloob at organisasyon na nakita mo dati, nakikita ngayon, o maaaring makita sa hinaharap. Kasama sa Mga Kasosyo sa Pangangalaga na ito ang:

- » Mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga doktor sa pangunahing pangangalaga at mga espesyalista sa kalusugan ng isip.
- » Mga tagapagbigay ng serbisyo ng sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga, gaya ng mga programa sa paggamot sa opioid at mga programa sa paggamot sa tahanan.
- » Mga organisasyong nakabatay sa komunidad at mga tagapagbigay ng serbisyong walang tirahan.
- » Mga tagapagbigay ng pasilidad ng pagwawasto at tagapamahala ng kaso.
- » Mga plano sa segurong pangkalusugan, kabilang ang mga plano sa pinamamahalaang pangangalaga ng Medi-Cal at mga plano sa kalusugan ng pag-uugali.
- » Mga ahensya ng kalusugan ng county at mga serbisyong pantao.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: AB 133 (BERSYON 2.0)

- » Kwalipikadong organisasyon ng impormasyon sa kalusugan.
- » Mga ahensya ng kalusugan at serbisyong pantao ng estado.

1.3 Mga Uri ng Impormasyon

Anong mga uri ng impormasyon ang nangangailangan ng iyong pahintulot na ibahagi?

Mayroong ilang mga uri ng impormasyon na maaari mong piliin na ibahagi o piliin na huwag ibahagi:

- » Impormasyon sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga na protektado ng 42 CFR Part 2.
- » Impormasyon sa pabahay, kabilang ang iyong katayuan sa pabahay, kasaysayan, at mga suporta sa pabahay.

Ang higit pang mga detalye tungkol sa mga uri ng impormasyong ito ay matatagpuan sa Seksyon 2.1 ng Form na ito. Maaari mong piliin kung ibibigay o hindi ang iyong pahintulot na ibahagi ang mga ganitong uri ng impormasyon. Kapag nagbigay ka ng iyong pahintulot, nangangahulugan iyon na ibinibigay mo ang iyong pahintulot na ibahagi ang impormasyong ito.

Maaaring gamitin at ibahagi ng ilan sa iyong mga Kasosyo sa Pangangalaga ang ilan sa iyong impormasyon sa mga serbisyong pangkalusugan at panlipunan sa ibang mga Kasosyo sa Pangangalaga, nang wala ang iyong pahintulot, upang:

- » Gamutin ka.
- » Kumuha ng bayad para sa mga serbisyo.
- » Patakbuhin ang kanilang organisasyon at iugma ang iyong pangangalaga.

Anong mga uri ng impormasyon ang maaaring ibahagi nang wala ang iyong pahintulot?

- » Impormasyong medikal at mental na kalusugan.
- » Impormasyon sa karamdaman sa paggamit ng pinagbabawal na droga na hindi protektado ng pederal na batas 42 CFR Bahagi 2.
- » Impormasyon sa Seguro sa Kalusugan:
- » Limitadong kriminal na legal na impormasyon, kabilang ang booking data, petsa at lokasyon ng pagkakulong, at katayuan ng parole.

Kung ikaw ay nakakulong, o kamakailan ay nakakulong, ang iyong mga kasosyo sa pangangalaga ay maaaring magbahagi ng ilang kriminal na legal na impormasyon na inilarawan sa itaas. Maaari nilang ibahagi ang impormasyong iyon upang matulungan kang mag-aplay para sa segurong pangkalusugan at ikonekta ka sa mga serbisyo ng sakit sa kalusugan ng isip at paggamit ng pinagbabawal na droga.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCMi) NA FORM: AB 133 (BERSYON 2.0)

Ang impormasyon ay hindi maaaring gamitin para sa sibil, administratibo, o kriminal na pagsisiyasat, paglilitis, o pag-uusig, pagsentensiya, pagpapatupad ng imigrasyon, o paglilitis sa korte ng pamilya.

Seksyon 2: Humiling ng Iyong Pahintulot

2.1 Mga Espesyal na Pahintulot

Mayroong dalawang espesyal na pahintulot na hinihiling mula sa iyo:

1. Impormasyon sa Sakit sa Paggamit ng Pinagbabawal na Druga
2. Personal na Impormasyong Kaugnay ng Pabahay

Piliin ang "Oo" o "Hindi / Hindi naaangkop sa akin" para sa bawat espesyal na pahintulot

Ang pagpili sa "Oo" o "Hindi / Hindi naaangkop sa akin" ay iyong pinili. Kahit na piliin mo ang "Hindi / Hindi naaangkop sa akin" sa Form, hindi nito babaguhin ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo o kakayahang tumanggap ng pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo.

- » Kung pipiliin mo ang **"Hindi / Hindi naaangkop sa akin"** sa Form, hindi ibabahagi ng iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga ang impormasyon kung saan pinili mo ang "Hindi / Hindi naaangkop sa akin."
 - Kung pipiliin mong hindi lagdaan ang Form, hindi ibabahagi ng iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga ang impormasyong inilalarawan sa seksyong ito.
- » Kung pipiliin mo ang **"Oo"** sa Form, ang iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga ay maaaring magbahagi ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyo na makakatulong sa kanilang pag-ugnayin ang iyong pangangalaga. Makakatulong din ito sa kanila na ikonekta ka nang mas madali sa iba pang mga serbisyo.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: AB 133 (BERSYON 2.0)

1. Impormasyon sa Sakit sa Paggamit ng Pinagbabawal na Druga

- » Ang ilang impormasyon sa paggamit ng pinagbabawal na droga ay protektado ng pederal na batas 42 CFR Part 2, na karaniwang tinutukoy bilang "Bahagi 2." Maaaring sabihin sa iyo ng iyong Kasosyo sa Pangangalaga na gumagamot sa iyong sakit sa pinagbabawal na droga kung ang impormasyon ng iyong sakit sa paggamit ng pinagbabawala na droga ay protektado ng 42 CFR Bahagi 2.
- » Maaari mong ibigay ang iyong pahintulot na ibahagi ang Bahagi 2 na impormasyon sa diyagnosis ng paggamit ng pinagbabawal na droga o paggamot upang magamot ka ng mga tagapagbigay ng serbisyo, makakuha ng bayad para sa mga serbisyo, patakbuin ang kanilang organisasyon, at iugma ang iyong pangangalaga.
- » Kapag nagbigay ka ng pahintulot na ibahagi ang iyong Bahagi 2 na impormasyon sa paggamit ng pinagbabawal na droga sa Medi-Cal, iyong planong pangkalusugan, o ibang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, pinapayagan silang ibahagi ang impormasyong iyon sa ibang Mga Kasosyo sa Pangangalaga para sa parehong mga layuning nakasaad sa bullet sa itaas. Maaari rin nilang ibahagi ang iyong impormasyon nang wala ang iyong pahintulot para sa iba pang mga layunin na pinapayagan sa ilalim ng batas ng pederal at estado. Hindi nila maaaring ibahagi ang impormasyong ito para sa sibil, kriminal, administratibo, at pambatasan na mga paglilitis laban sa iyo.
- » Kapag nagamit na o naibahagi na ang iyong impormasyon sa paggamit ng pinagbabawal na droga sa Bahagi 2, maaaring hindi na ito maprotektahan ng Bahagi 2 o maprotektahan sa parehong paraan bago ito ginamit o ibinahagi. Ang iyong Bahagi 2 na impormasyon sa paggamit ng pinagbabawal na droga ay maaaring protektahan ng ibang mga batas na nagpoprotekta sa iyong impormasyong pangkalusugan.
- » Maaari kang makakuha ng listahan ng Mga Kasosyo sa Pangangalaga kung saan ibinahagi ng iyong Bahagi 2 tagapagbigay ng serbisyo sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga ang iyong impormasyon sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa iyong tagapagbigay ng serbisyo sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga .

Iyong Pahintulot: Nagbibigay ako ng pahintulot para sa aking mga tagapagbigay ng serbisyo sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga na ibahagi ang aking nakaraan, kasalukuyan, at hinaharap na impormasyon tungkol sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga, kabilang ang impormasyong protektado ng Bahagi 2.

Oo Hindi / Hindi naaangkop sa akin

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: AB 133 (BERSYON 2.0)

2. Personal na Impormasyong Kaugnay ng Pabahay

Kung kailangan mo ng mga serbisyo sa pabahay, maaari kang makakuha ng tulong sa pamamagitan ng Coordinated Entry. Ang Coordinated Entry ay mga lokal na organisasyon na tumutulong sa pag-ugma ng mga serbisyo sa pabahay para sa mga taong nangangailangan ng mga ito. Maaaring kailanganin ng mga organisasyong ito ang iyong pahintulot na ibahagi ang iyong impormasyong nauugnay sa pabahay sa Homeless Management Information Systems at iba pang Mga Kasosyo sa Pangangalaga, gaya ng iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan. Ang mga sistemang ito ay ginagamit ng mga organisasyon ng pabahay upang magkaloob at makipag-ugnay ng mga serbisyo sa suporta sa pabahay at pabahay.

Iyong Pahintulot: Ibibigay ko ang aking pahintulot para sa aking lokal na tagapagbigay ng pabahay na magbahagi ng personal na impormasyon tungkol sa akin na may kaugnayan sa pabahay kabilang ang aking katayuan sa pabahay, kasaysayan, at mga suporta sa Sistema ng Impormasyon sa Pamamahala ng Walang Tahanan at iba pang Mga Kasosyo sa Pangangalaga, tulad ng aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan.

Oo Hindi / Hindi naaangkop sa akin

2.2 Ang Iyong Mga Karapatan

Ano ang iyong mga karapatan?

May karapatan kang:

- » Lagdaan ang Form na ito.
- » Huwag lagdaan ang Form na ito.
- » Tumanggap ng kopya ng Form na ito.
- » Baguhin ang iyong isip at bawiin ang iyong pahintulot.

Kung pipirmahan mo ang Form na ito, maaari mo bang baguhin ang iyong isip mamaya?

Oo, may karapatan kang magbago ng isip tungkol sa pagbabahagi ng iyong impormasyon, at maaari mong baguhin o bawiin ang pahintulot na ito anumang oras. Upang baguhin o bawiin ang iyong pahintulot, makipag-usap sa iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga. Kakailanganin mong kumpletuhin ang isang bagong ASCFI na Form kasama ang mga pagbabagong gusto mong gawin.

- » Ang anumang mga pagbabagong gusto mong gawin ay mangyayari sa araw na nilagdaan ang iyong bagong ASCFI na Form.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCFI) NA FORM: AB 133 (BERSYON 2.0)

- » Ang pagbawi sa iyong pahintulot ay hindi mailalapat sa impormasyong ibinahagi dati nang may pahintulot mo.

2.3 Ang Iyong Lagda

Sa pagpirma sa Form na ito, naiintindihan mo at sumasang-ayon ka na:

- » Ang iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga, na nakalista sa Seksyon 1.2 ng Form na ito, ay maaaring gumamit at magbahagi ng kalusugan at personal na impormasyon na iyong pinili sa itaas para sa mga layuning inilarawan sa Seksyon 1.1 ng Form na ito.
- » Naiintindihan mo rin na kapag ibinahagi ang iyong impormasyon, maaaring hindi protektahan ng batas ng pederal o estado ang muling pagbabahagi ng impormasyong iyon.

Gaano katagal ang iyong pagpayag na ibahagi ang iyong impormasyon?

- » **Kung ikaw ay 18 o mas matanda**, ang pahintulot na ito ay tatagal ng isang taon mula sa petsa ng pagpirma mo sa form.
- » **Kung ikaw ay wala pang 18 taong gulang**, ang iyong pahintulot ay tatagal ng isang taon mula sa petsa ng pagpirma mo sa Form. Kung magiging 18 ka na, o kung nagbago ang iyong pagiging guardianship, sa loob ng isang taong ito, kakailanganin mong magbigay ng bagong pahintulot.
- » Anuman ang iyong edad, kakailanganin mong magbigay ng bagong pahintulot gamit ang ASCFI na Form: Hindi AB 133 kung hindi mo na natutugunan ang mga pamantayan sa paggamit ng ASCFI na Form: AB 133 Maaari mo ring baguhin ang iyong isip at bawiin ang iyong pahintulot anumang oras sa pamamagitan ng pagsulat gamit ang ASCFI Revocation Form.

Pangalan ng Miyembro	Lagda ng Miyembro	Petsa (bb/aa/tttt)
Pangalan ng Magulang/ Tagapangalaga/Legal na Kinatawan	Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga/ Legal na Kinatawan	Petsa (bb/aa/tttt)