सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: गैर-AB 133 [1] (संस्करण 2.0)

“ASCMI फॉर्म: "गैर-AB 133" का उपयोग कैलिफोर्निया में रहने वाले उन व्यक्तियों के लिए डेटा शेयर करने को अधिकृत करने के लिए किया जा सकता है जो ASCMI फॉर्म का उपयोग करने के मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं: AB 133. इसमें वे सभी व्यक्ति शामिल हैं:

1. Medi-Cal प्रबंधित देखभाल प्लैन में नामांकित नहीं हैं।
2. Medi-Cal के अंतर्गत व्यवहारिक स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त न करना।
3. आपराधिक कानूनी प्रणाली में शामिल न हों जो रिहाई-पूर्व Medi-Cal लाभों के लिए अर्हता प्राप्त करते हों।

____________________________________ आपके स्वास्थ्य और सामाजिक सेवाओं के समन्वय में मदद करना चाहता है ताकि आप एक स्वस्थ जीवन जी सकें। आपका केयर पार्टनर आपसे फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कह सकता/ती है, जब उन्हें आपकी जानकारी अन्य लोगों या संगठनों के साथ शेयर करने के लिए आपकी सहमति की आवश्यकता होगी, जिनसे आप देखभाल या सेवाएँ प्राप्त कर रहे हैं। इस फॉर्म का उद्देश्य आपकी जानकारी को सामान्य रूप से जारी करने को अधिकृत करना नहीं है, जब आपकी देखभाल के समन्वय के लिए इसकी आवश्यकता न हो। कृपया जानकारी शेयर करने के उद्देश्य और आपकी जानकारी कौन शेयर कर सकता है और प्राप्त कर सकता है, इस बारे में अधिक जानकारी के लिए नीचे देखें।

यह ASCMI फॉर्म:

- » बताएगा कि आपकी देखभाल में समन्वय स्थापित करने के लिए आपके बारे में कौन सी जानकारी शेयर की जा सकती है।
- » बताएगा कि आपकी जानकारी किस प्रकार शेयर और उपयोग की जा सकती है।
- » आपकी कुछ प्रकार की जानकारी शेयर करने के लिए आपकी अनुमति मांगेंगा। जानकारी के प्रकार ASCMI फॉर्म के अनुभाग 1.3 में सूचीबद्ध हैं।

[1] AB 133 कैलिफोर्निया विधानसभा विधेयक 133 को संदर्भित करता है।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: गैर-AB 133 (संस्करण 2.0)

क्लाइंट की जानकारी

क्लाइंट का नाम: ______________________ जन्म की तारीख (महीना/दिन/साल): ____________

डाक पता, शहर/राज्य, ज़िप कोड [2]: ______________________

आवासीय पता, शहर/राज्य, ज़िप कोड (वैकल्पिक): ______________________

फ़ोन नंबर (वैकल्पिक): ____________ ई-मेल पता (वैकल्पिक): ____________

क्या आप अपने केयर पार्टनर्स को आपसे टेक्स्ट या फोन कॉल के ज़रिये संपर्क करने की अनुमति देते हैं? आपका केयर पार्टनर आपकी सहमति के विकल्पों के बारे में बात करने और आपकी सहमति की अवधि समाप्त होने पर आपको सूचित करने के लिए आपसे संपर्क कर सकता है।[3] कृपया नीचे दिए गए अपने चयन वाले बॉक्स पर निशान लगाएँ:

हाँ (ऊपर फ़ोन नंबर अवश्य दें)

टेक्स्ट और फ़ोन कॉल   केवल टेक्स्ट   केवल फ़ोन कॉल

नहीं

केयर पार्टनर की जानकारी

यह कार्य केयर पार्टनर द्वारा उपरोक्त क्लाइंट से उनकी जानकारी प्रकट करने के लिए सहमति प्राप्त करके पूरा किया जाना चाहिए।

केयर पार्टनर का नाम: ______________________

संस्था का नाम: ______________________

राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI) संख्या (जैसा लागू हो): ______________________

टैक्सदाता पहचान संख्या (TIN): ______________________

फ़ोन नंबर: ____________ फ़ैक्स नंबर (वैकल्पिक): ____________

डाक पता, शहर/राज्य, ज़िप कोड: ______________________

[2] यह कोई भी पता हो सकता है जहाँ आप डाक प्राप्त कर सकते हैं, जिसमें किसी मित्र, आश्रय या परिवार के सदस्य का पता भी शामिल हो सकता है।

[3] इसके परिणामस्वरूप आपके सेल फोन पर चार्ज किया जा सकता है।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: गैर-AB 133 (संस्करण 2.0)

अनुभाग 1: आपकी व्यक्तिगत जानकारी शेयर करने का अवलोकन

1.1 जानकारी-शेयर करने का उद्देश्य

नीचे अनुभाग 1.3 में सूचीबद्ध आपकी व्यक्तिगत जानकारी कई कारणों से शेयर की जा सकती है, जिनमें शामिल हैं:

- आपकी देखभाल का समन्वय करना। उदाहरण के लिए, आपको अपॉइंटमेंट निर्धारित करने में मदद करना, आवास सहायता के लिए अनुरोध करने में मदद करना, या आपको चिकित्सक ढूंढने में मदद करना।
- आपको चिकित्सा, दंत चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य और नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार उपचार और सेवाएँ प्रदान करना।
- आपको प्रदान की गई उपचार और सेवाओं के लिए अपने बीमा वाहक से भुगतान प्राप्त करना।
- आपको ऐसे प्रोग्रामों, सेवाओं और संसाधनों से जोड़ना जो आपके स्वास्थ्य और कल्याण को बेहतर बनाने में मदद कर सकते हैं।
- जानकारी इकट्ठी करना ताकि ______________________________ आपको प्राप्त हो रही देखभाल को बेहतर बनाने में मदद कर सकता है।

1.2 आपकी जानकारी कौन शेयर और प्राप्त कर सकता है

केयर पार्टनर्स आपकी जानकारी शेयर कर सकते हैं। केयर पार्टनर्स वे प्रदाता और संगठन हैं जिनसे आप पहले भी मिले हैं, अभी मिल रहे हैं, या भविष्य में मिल सकते हैं। इन केयर पार्टनर्स में निम्नलिखित शामिल हो सकते हैं:

- स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, जिनमें प्राथमिक देखभाल प्रदाता और मानसिक स्वास्थ्य प्रदाता शामिल हैं।
- नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार के प्रदाता, जैसे कि ओपिओइड उपचार प्रोग्राम और आवासीय उपचार प्रोग्राम।
- समुदाय-आधारित संगठन और बेघर सेवा प्रदाता।
- स्वास्थ्य बीमा प्लैन, जिनमें Medi-Cal प्रबंधित देखभाल प्लैन और व्यवहारिक स्वास्थ्य प्लैन शामिल हैं।
- काउंटी स्वास्थ्य और मानव सेवा एजेंसियाँ।
- योग्य स्वास्थ्य सूचना संगठन।
- राज्य स्वास्थ्य एवं मानव सेवा एजेंसियाँ।

1.3 जानकारी के प्रकार

किस प्रकार की जानकारी शेयर करने के लिए आपकी सहमति की आवश्यकता होती है?

कुछ प्रकार की जानकारी ऐसी होती है जिसे आप शेयर करना या न करना चुन सकते हैं:

- नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित जानकारी जो 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित है।
- कुछ मानसिक स्वास्थ्य जानकारी।
- बौद्धिक एवं विकासात्मक विकलांगता की जानकारी।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: गैर-AB 133 (संस्करण 2.0)

- HIV टेस्ट के परिणाम।
- आनुवंशिक टेस्ट के परिणाम।
- आवास संबंधी जानकारी, जिसमें आपकी आवास स्थिति, इतिहास और सहायता शामिल है।

ऊपर सूचीबद्ध प्रत्येक किस्म की जानकारी के बारे में अधिक जानकारी इस फॉर्म के अनुभाग 2.1 में देखी जा सकती है। आप चुन सकते हैं कि इस प्रकार की जानकारी शेयर करने के लिए आपको अपनी सहमति देनी है या नहीं। जब आप अपनी सहमति देते हैं, तो इसका मतलब है कि आप इस जानकारी को शेयर करने की अनुमति दे रहे हैं।

आपके कुछ केयर पार्टनर्स आपकी सहमति के बिना आपकी स्वास्थ्य और सामाजिक सेवाओं की कुछ जानकारी का उपयोग और शेयर कर सकते हैं:

- आपका इलाज करने।
- सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त करने।
- उनके संगठन का संचालन करने और अपनी देखभाल का समन्वय करने।

आपकी सहमति के बिना किस प्रकार की जानकारी शेयर की जा सकती है ?

- चिकित्सा एवं मानसिक स्वास्थ्य संबंधी जानकारी (नीचे अपवाद देखें)।
- नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार संबंधी जानकारी जो संघीय कानून 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित नहीं है।
- स्वास्थ्य बीमा जानकारी।

अनुभाग 2: आपकी अनुमति के लिए अनुरोध

2.1 विशेष अनुमतियाँ

आपसे छह विशेष अनुमतियाँ मांगी गई हैं:

1. नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी
2. आवास-संबंधी व्यक्तिगत जानकारी
3. मानसिक स्वास्थ्य जानकारी
4. बौद्धिक और विकासात्मक विकलांगता की जानकारी
5. HIV टेस्ट के परिणाम
6. आनुवंशिक परीक्षण के परिणाम

प्रत्येक विशेष अनुमति के लिए “हाँ” या “नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता” चुनें

“हाँ” या “नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता” का चयन करना आपकी पसंद है। अगर आप फॉर्म पर “नहीं” का चयन करते हैं, तो भी इससे लाभों के लिए आपकी पात्रता या स्वास्थ्य देखभाल या सेवाएँ प्राप्त करने की आपकी क्षमता में कोई बदलाव नहीं आएगा।

- अगर आप फॉर्म पर **“नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता”** चुनते हैं, तो आपके केयर पार्टनर्स उस जानकारी को शेयर नहीं करेंगे जिसके लिए आपने “नहीं” या “मुझ पर लागू नहीं होता” चुना है।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: गैर-AB 133 (संस्करण 2.0)

  - o अगर आप फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करना चुनते हैं, तो आपके केयर पार्टनर्स इस अनुभाग में वर्णित जानकारी शेयर नहीं करेंगे।

» अगर आप फॉर्म पर **"हाँ"** चुनते हैं, तो आपके केयर पार्टनर्स आपके बारे में महत्वपूर्ण जानकारी शेयर कर सकते हैं जो उन्हें आपकी देखभाल का समन्वय करने में मदद करेगी। इससे उन्हें आपको अन्य सेवाओं से आसानी से जोड़ने में भी मदद मिलेगी।

1. नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित जानकारी

» नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित कुछ जानकारी संघीय कानून 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित है, जिसे आमतौर पर "भाग 2" कहा जाता है। नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार का उपचार करने वाला आपका केयर पार्टनर आपको बता सकता है कि क्या आपके नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित है।

» आप भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी निदान या उपचार की जानकारी शेयर करने की अनुमति दे सकते हैं ताकि प्रदाता आपका इलाज कर सकें, सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त कर सकें, अपने संगठन का संचालन कर सकें और आपकी देखभाल का समन्वय कर सकें।

» जब आप अपने भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी जानकारी को Medi-Cal, अपने स्वास्थ्य प्लैन, या किसी अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ शेयर करने की अनुमति देते हैं, तो उन्हें उस जानकारी को अन्य केयर पार्टनर्स के साथ उपरोक्त बुलेट में बताए गए समान उद्देश्यों के लिए शेयर करने की अनुमति होती है। वे आपकी सहमति के बिना आपकी जानकारी को अन्य प्रयोजनों के लिए भी शेयर कर सकते हैं, जिनकी संघीय और राज्य कानून के तहत अनुमति है। वे आपके विरुद्ध दीवानी, आपराधिक, प्रशासनिक और विधायी कार्यवाही के लिए यह जानकारी शेयर नहीं कर सकते।

» एक बार जब आपकी भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी जानकारी का उपयोग या शेयर कर दिया जाता है, तो हो सकता है कि वह भाग 2 द्वारा संरक्षित न रहे या उसी तरह संरक्षित न रहे जैसे कि उपयोग या शेयर किए जाने से पहले थी। इसके बजाय, आपकी भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी जानकारी को अन्य कानूनों द्वारा संरक्षित किया जा सकता है जो आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी की रक्षा करते हैं।

» आप अपने नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार प्रदाताओं से संपर्क करके उन केयर पार्टनर्स की सूची प्राप्त कर सकते हैं जिनके साथ आपके भाग 2 नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार प्रदाता ने आपकी जानकारी शेयर की है।

<u>आपकी सहमति</u>: मैं अपने नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार के उपचार प्रदाताओं को मेरे अतीत, वर्तमान और भविष्य के नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित जानकारी को शेयर करने की अनुमति देता/ती हूँ, जिसमें भाग 2 द्वारा संरक्षित जानकारी भी शामिल है।

हाँ नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: गैर-AB 133 (संस्करण 2.0)

2. आवास-संबंधी व्यक्तिगत जानकारी

अगर आपको आवास सेवाओं की आवश्यकता है, तो आप समन्वित प्रवेश के ज़रिये सहायता प्राप्त कर सकते हैं। समन्वित प्रवेश वह स्थानीय संगठन हैं जो जरूरतमंद लोगों के लिए आवास सेवाओं का समन्वय करने में मदद करते हैं। इन संगठनों को आपकी आवास-संबंधी जानकारी को बेघर प्रबंधन सूचना प्रणाली और अन्य केयर पार्टनर्स, जैसे कि आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, के साथ शेयर करने के लिए आपकी अनुमति की आवश्यकता हो सकती है। इन प्रणालियों का उपयोग आवास संगठनों द्वारा आवास और आवास सहायता सेवाएँ प्रदान करने और समन्वय करने के लिए किया जाता है।

आपकी सहमति: मैं अपने स्थानीय आवास प्रदाता को मेरे आवास से संबंधित व्यक्तिगत जानकारी, जिसमें मेरी आवास स्थिति, इतिहास और सहायता शामिल है, को अपने बेघर प्रबंधन सूचना प्रणाली और अन्य केयर पार्टनर्स, जैसे कि मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ शेयर करने की अनुमति देता/ती हूँ।

हाँ नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता

3. मानसिक स्वास्थ्य जानकारी

आपकी मानसिक स्वास्थ्य संबंधी कुछ जानकारी शेयर करने के लिए आपकी सहमति आवश्यक है। इसमें आपके समुदाय में प्रदाताओं से प्राप्त मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के बारे में जानकारी शामिल है जैसे कि उपचार के रिकॉर्ड, प्रिस्क्रिप्शंस के विवरण, या मूल्यांकन। इसमें मानसिक स्वास्थ्य संबंधी जानकारी भी शामिल हो सकती है अगर आपको राज्य या काउंटी अस्पताल या मानसिक संस्थान में देखभाल मिली हो, या जब आप जेल में थे।

आपकी सहमति: मैं अपने केयर पार्टनर्स को मेरी मानसिक स्वास्थ्य जानकारी शेयर करने की अनुमति देता/ती हूँ।

हाँ नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता

4. बौद्धिक और विकासात्मक विकलांगता की जानकारी

» आपकी बौद्धिक और विकासात्मक विकलांगताओं के बारे में कुछ जानकारी शेयर करने के लिए आपकी सहमति आवश्यक है। ये ऐसी स्थितियाँ हैं जो व्यक्ति के मस्तिष्क और शरीर की कार्यप्रणाली को प्रभावित करती हैं। ये आमतौर पर 22 वर्ष की आयु से पहले शुरू होती हैं और जीवन भर बने रहती हैं। बौद्धिक विकलांगता सीखने, समस्या सुलझाने और दैनिक कार्यों को अधिक चुनौतीपूर्ण बना सकती है। विकासात्मक विकलांगताएँ एक व्यापक समूह है जो शारीरिक क्षमताओं, सोच, भाषा और व्यवहार को प्रभावित कर सकती हैं। बौद्धिक और विकासात्मक विकलांगताओं के उदाहरणों में ऑटिज्म, डाउन सिंड्रोम, सेरेब्रल पाल्सी और मिर्गी शामिल हैं।

» इन विकलांगताओं वाले लोगों को कभी-कभी जीवन में अधिक सहायता की आवश्यकता होती है, लेकिन इससे व्यक्ति के मूल्य, कौशल या अपने समुदाय के प्रति योगदान में कोई बदलाव नहीं आता। हर व्यक्ति अद्वितीय है और उसकी योग्यताएँ और आवश्यकताएँ अलग-अलग होती हैं। विभिन्न एजेंसियों के बीच आपकी बौद्धिक और विकासात्मक विकलांगता के बारे में जानकारी शेयर करने का अर्थ यह हो सकता है कि आपके सभी सहायक लोग आपकी सहायता करने के तरीके के बारे में अधिक जान सकेंगे।

आपकी सहमति: मैं अपने केयर पार्टनर्स को मेरी बौद्धिक और विकासात्मक विकलांगता की जानकारी शेयर करने की अनुमति देता/ती हूँ।

हाँ नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: गैर-AB 133 (संस्करण 2.0)

5. HIV टेस्ट के परिणाम

किसी भी HIVटेस्ट के परिणाम को किसी अन्य देखभाल साझेदार के साथ शेयर करने के लिए आपकी सहमति आवश्यक है, जो आपको सीधे HIV-संबंधित देखभाल प्रदान नहीं कर रहा/ही है।

आपकी सहमति: मैं अपने केयर पार्टनर्स को मेरे HIV टेस्ट के परिणाम शेयर करने की अनुमति देता/ती हूँ।

हाँ नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता

6. आनुवंशिक परीक्षण के परिणाम

Medi-Cal सहित आपके स्वास्थ्य बीमा प्लैन के लिए, आपके द्वारा प्राप्त किसी भी आनुवंशिक टेस्ट के परिणामों को शेयर करने हेतु आपकी सहमति आवश्यक है। आनुवंशिक टेस्ट के परिणाम प्रयोगशाला टेस्ट होते हैं जिनका उपयोग आपके कुछ आनुवंशिक रोगों या स्वास्थ्य स्थितियों की पहचान करने के लिए किया जाता है।

आपकी सहमति: मैं अपने केयर पार्टनर्स को मेरे आनुवंशिक टेस्ट के परिणाम शेयर करने की अनुमति देता/ती हूँ।

हाँ नहीं / मुझ पर लागू नहीं होता

2.2 आपके अधिकार

आपके अधिकार क्या हैं?

आपको ये अधिकार प्राप्त हैं:

- इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करें।
- इस फॉर्म पर हस्ताक्षर न करें।
- इस फॉर्म की एक कॉपी प्राप्त करें।
- अपना विचार बदल लें और अपनी अनुमति वापस ले लें।

अगर आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करते हैं, तो क्या आप बाद में अपना विचार बदल सकते हैं?

हाँ, आपको अपनी जानकारी शेयर करने के बारे में अपना विचार बदलने का अधिकार है, और आप किसी भी समय इस सहमति को बदल सकते हैं या वापस ले सकते हैं। अपनी सहमति बदलने या वापस लेने के लिए अपने केयर पार्टनर्स से बात करें। आप जो परिवर्तन करना चाहते हैं, तो उसके साथ आप एक नया ASCMI फॉर्म भर सकते हैं।

- आप जो भी परिवर्तन करना चाहेंगे, वह आपके नए ASCMI फॉर्म पर हस्ताक्षर होने के दिन से ही लागू होगा।
- आपकी सहमति वापस लेने से उस जानकारी पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा जो पहले आपकी सहमति से शेयर की गई थी।

सदस्य की गोपनीय जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) फॉर्म: गैर-AB 133 (संस्करण 2.0)

2.3 आपके हस्ताक्षर

इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, आप समझते हैं और सहमत हैं कि:

- इस फॉर्म के अनुभाग 1.2 में सूचीबद्ध आपके केयर पार्टनर, इस फॉर्म के अनुभाग 1.1 में वर्णित उद्देश्यों के लिए आपके द्वारा ऊपर चुनी गई स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी का उपयोग और शेयर कर सकते हैं।
- आप यह भी समझते हैं कि जब आपकी जानकारी शेयर की जाती है, तो संघीय या राज्य कानून उस जानकारी को दोबारा आगे शेयर करने से सुरक्षा नहीं कर सकता है।

आपकी जानकारी शेयर करने की सहमति कितने समय तक बनी रहती है?

- **अगर आपकी आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है**, तो यह सहमति आपके द्वारा फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख से एक वर्ष तक मान्य रहेगी।
- **अगर आपकी आयु 18 वर्ष से कम है,** तो आपकी सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख से एक वर्ष तक मान्य रहेगी। अगर आप 18 वर्ष के हो जाते हैं, या इस एक वर्ष की अवधि के दौरान आपकी संरक्षकता बदल जाती है, तो आपको नई सहमति प्रदान करनी होगी।
- आपकी आयु चाहे जो भी हो, आप अपना विचार बदल सकते हैं और ASCMI रद्द करने के फॉर्म का उपयोग करके किसी भी समय लिखित रूप में अपनी सहमति वापस ले सकते हैं।

आपका नाम	आपके हस्ताक्षर	तारीख (महीना / दिन / साल)
माता-पिता/अभिभावक/कानूनी प्रतिनिधि का नाम	माता-पिता/अभिभावक/कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख (महीना / दिन / साल)