



JENNIFER KENT
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services



EDMUND G. BROWN JR.
GOVERNOR

July 17, 2018

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS Letter No.: 18-17
ALL COUNTY ADMINISTRATIVE OFFICERS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS
ALL COUNTY HEALTH EXECUTIVES
ALL COUNTY MENTAL HEALTH DIRECTORS
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF AGING
CALIFORNIA DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES
ALL HOME and COMMUNITY BASED SERVICES WAIVER
ADMINISTRATORS/COORDINATORS
ALL CONSORTIA/SAWS PROJECT MANAGERS

SUBJECT: Translations – MC 604 MDV Doctor's Verification
(Reference All County Welfare Directors Letter No. 17-25)

Purpose

The form MC 604 MDV Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions was released previously in All County Welfare Directors Letter (ACWDL) [17-25](#). The purpose of this ACWDL is to provide counties with the Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, and Vietnamese translations of the form MC 604 MDV Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions. Reference copies of the MC 604 Doctors Verification form in English and 18 threshold languages are enclosed with this letter.

Implementation Timeline

Statewide Automated Welfare System (SAWS) must make programming changes to automate the MC 604 MDV Doctor's Verification in English, and the above listed languages, during the next available SAWS release.

All County Welfare Director's Letter No.: 18-17
Page 2
July 17, 2018

Please refer to ACWDL [17-25](#) for further guidance regarding when to use this form. If you have any questions, or if we can provide further information, please contact Barbara Schmitz at (916) 327-0417 or by email at Barbara.Schmitz@dhcs.ca.gov or Phoua Moua at (916) 327-0411 or by email at Phoua.Moua@dhcs.ca.gov.

Original Signed By

Sandra Williams, Chief
Medi-Cal Eligibility Division

Enclosures

Date: _____

PATIENT'S INFORMATION (County Completes This Section)	
PATIENT NAME:	PATIENT DATE OF BIRTH:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Dear Dr. _____

Please complete and return the statement below to the county by _____ regarding your patient listed above so that we can determine his/her eligibility for Medi-Cal. Please use the postage paid pre-addressed envelope. You may also return it by fax or email as indicated below. Your patient has given authorization to release this information to us. Please see attached patient authorization.

County Worker Signature: _____ Date: _____

County Worker Printed Name: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

County Worker Email: _____

Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions

DOCTOR'S INFORMATION	
DOCTOR'S PRINTED NAME:	DATE:
TELEPHONE:	EMAIL:
Based on my examination, my patient, _____, will likely require nursing facility level of care for at least 30 consecutive days unless he/she receives in-home care and support services that will permit him/her to reside safely at home. My patient first began needing these services at a nursing facility level of care on _____, and has continued to need these services since that date.	
I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information contained in this Doctor's Verification is true and correct.	
DOCTOR'S SIGNATURE:	

Date:

[Redacted Date Field]

I, _____ authorize doctor _____
to release the medical information on this form to _____ County for the
purpose of establishing my eligibility for Medi-Cal.

- I authorize the use or disclosure of my individually identifiable health information as described above for the purpose listed.
- I have the right to withdraw permission for the release of my information. If I sign this authorization to use or disclose information, I can revoke that authorization at any time. The revocation must be made in writing and will not affect information that has already been used or disclosed.
- I have the right to receive a copy of this authorization.
- I am signing this authorization voluntarily and treatment, payment, or my eligibility for benefits under this program may not be possible if I do not sign this authorization.
- I further understand that a person to whom records and information are disclosed pursuant to this authorization may not further use or disclose the medical information unless another authorization is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

SIGNED: _____ DATE: _____

Explain relationship to the patient and why the patient is unable to sign:

WITNESS: I know the person signing this form or am satisfied of this person's identity:
(Required for "X", illegible, or foreign character signatures)

Witness signature: _____ Date: _____

Street Address: _____ City/Zip Code: _____

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.

التاريخ:

معلومات خاصة بالمريض (يجب على المقاطعة اكمال هذا القسم)

اسم المريض:	تاريخ ميلاد المريض:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

السيد الفاضل دكتور _____ يُرجى اكمال البيان الوارد أدناه وإعادته للمقاطعة بحلول _____ بخصوص مريضك المذكور اسمه أعلاه ليتسنى لنا تحديد مدى أهليته/أهليتها لبرنامج Medi-Cal. يُرجى استخدام المظروف الموجه مسبقاً بريدياً. كما يمكنك إعادته عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني كما هو مُشار أدناه. لقد منح مريضك تفويضاً بإصدار هذه المعلومات لنا. يُرجى الاطلاع على تفويض المريض المُرفق.

توقيع موظف المقاطعة: _____ التاريخ: _____

اسم موظف المقاطعة (اكتب واضحاً): _____

رقم الهاتف: _____ رقم الفاكس: _____

البريد الإلكتروني لموظف المقاطعة: _____

تأكيد الطبيب للخدمات المعتمدة على المنزل والمجتمع بموجب أحكام إفقار الأزواج
(Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

بيانات الطبيب	
اسم الطبيب (اكتب واضحاً):	التاريخ:
هاتف:	البريد الإلكتروني:
<p>بناءً على الفحص الذي أجرته، فإن المريض، _____، من المرجح أن يحتاج إلى مستوى من العناية في منشأة التمريض على الأقل لمدة 30 يوماً متعاقبة ما لم يتلقى خدمات الرعاية والدعم بالمنزل والتي ستتيح له/لها الإقامة في المنزل بأمان. بدأ مريضتي الحاجة إلى هذه الخدمات في مستوى الرعاية في منشأة التمريض في _____، وقد واصل احتياجه لهذه الخدمات منذ ذلك التاريخ.</p>	
<p>أعلن بمقتضى عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية و ولاية كاليفورنيا أن المعلومات الواردة في عملية التحقق هذه الخاصة بالطبيب صحيحة وصادقة.</p> <p>توقيع الطبيب:</p>	

Ամսաթիվը՝ _____

ՀԻՎԱՆԴԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ (Այս բաժինը լրացնում է շրջանը)	
ՀԻՎԱՆԴԻ ԱՆՈՒՆԸ՝	ՀԻՎԱՆԴԻ ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Հարգելի բժիշկ _____
 Խնդրում ենք մինչև _____ լրացնել և շրջանին վերադարձնել ստորև շարադրված հայտարարությունը վերը նշված Ձեր հիվանդի կապակցությամբ, որպեսզի մենք որոշենք «Medi-Cal»-ի նրա իրավասության հարցը: Խնդրում ենք օգտվել առաքման համար վճարված և հետադարձ հասցեն պարունակող ծրարից: Կարող եք նաև վերադարձնել այն ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով՝ ստորև նշված կաղապարով: Ձեր հիվանդն այդ տեղեկությունները մեզ տրամադրելու լիազորություն է սովել: Տե՛ս կից՝ հիվանդի լիազորությունը:

Շրջանի աշխատողի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվը՝ _____

Շրջանի աշխատողի անունը մեծատառերով՝ _____

Հեռախոսի համարը՝ _____ Ֆաքսի համարը՝ _____

Շրջանի աշխատողի էլ. փոստը՝ _____



ԲԺՇԿԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ	
ԲԺՇԿԻ ԱՆՈՒՆԸ ՄԵՇԱՆՑԱՌԵՐՈՎ՝	ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝
ՀԵՌԱԽՈՍԸ՝	ԷԼ. ՓՈՍՏԸ՝
<p>Ելնելով իմ կատարած քննության արդյունքներից՝ իմ հիվանդը _____-ը, հավանաբար առնվազն 30 անընդմեջ օր խնամքի հաստատությունում խնամք ստանալու կարիք կունենա, եթե տնային խնամքի և օժանդակության այնպիսի ծառայություններ չստանա, որոնք նրան ապահով կերպով տանն ապրելու հնարավորություն կտան: Առաջին անգամ իմ հիվանդին խնամքի հաստատության մակարդակով այդ ծառայություններն անհրաժեշտ են եղել _____-ին, որից հետո նա շարունակում է այդ ծառայությունների կարիքն ունենալ:</p>	
<p>Կեղծ տվյալներ տրամադրելու համար Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և Կալիֆոռնիա նահանգի օրենքների համաձայն պատասխանատվության ենթարկվելու սպառնալիքի տակ՝ ես հայտարարում եմ, որ այս «Բժշկի հաստատման» փաստաթղթում պարունակվող տեղեկությունները ճշմարտացի և ճշգրիտ են:</p>	
ԲԺՇԿԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒՅՈՒՆ Ը՛	

Ամսաթիվը՝



Ես _____ լիազորում եմ բժիշկ _____-ին
այս թերթիկում նշված բժշկական տեղեկությունները տրամադրել _____ շրջանին
«Medi-Cal»-ի իմ իրավասության հարցը պարզելու նպատակով:

- Ես լիազորում եմ իմ անհատապես ճանաչելի առողջության մասին տեղեկությունների օգտագործումը կամ բացահայտումը, ինչպես նշված է վերը նկարագրված նպատակների համար:
- Ես իրավունք ունեմ չեղյալ հայտարարելու իմ անձնական տեղեկությունների օգտագործման վերաբերյալ թույլտվությունը: Եթե ես ստորագրեմ տեղեկություններն օգտագործելու կամ բացահայտելու այս լիազորությունը, ես իրավունք ունեմ ցանկացած պահի այն չեղարկելու: Չեղարկումը պետք է գրավոր կատարվի և այն չի ազդի արդեն օգտագործված կամ բացահայտված տեղեկությունների վրա:
- Ես իրավունք ունեմ ստանալու այս լիազորության օրինակը:
- Ես հոժարակամ եմ ստորագրում այս լիազորությունը, և թուժումը, կճարումը կամ այս ծրագրով նպաստներ ստանալու իմ իրավունքն անհնար կլինեն, եթե ես չստորագրեմ այս լիազորությունը:
- Ես հասկանում եմ նաև, որ այն անձը, որին, սույն լիազորության համաձայն, հայտնվում են տվյալները և տեղեկությունները, իրավունք ունի իր հերթին օգտագործելու կամ բացահայտելու այդ բժշկական տեղեկությունները միայն ինձնից մի նոր թույլտվություն ստանալու դեպքում կամ երբ դա պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:

USՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ _____ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

Եթե ստորագրողն այս բացահայտմանը ենթակա հիվանդը չէ, նշել, թե ստորագրողն ինչ հիմքով է լիազորված ստորագրելու.

- անչափահասի ծնող խամակալ կին/ամուսին լիազոր ներկայացուցիչ

Բացատրել հարաբերությունը հիվանդի հետ, և թե ինչու հիվանդը չի կարող ստորագրել. _____

ՎԿԱ՝ Ես ճանաչում եմ այս թերթիկը ստորագրողին կամ նրա անձը բավարարում է ինձ (պահանջվում է "X", անընթեռնելի կամ օտարատառ ստորագրության դեպքում):

Վկայի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվը՝ _____

Փողոցի հասցեն՝ _____ Քաղաքը, փոստային ինդեքսը՝ _____

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.

កាលបរិច្ឆេទ៖

ព័ត៌មានរបស់អ្នកជំងឺ (ខោនធីជាអ្នកបំពេញព័ត៌មានផែកនេះ)	
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជំងឺ៖
CLIENT INDEX NUMBER (CIN)៖	

ជូនចំពោះលោកគ្រូពេទ្យ៖ _____
 សូមបំពេញនិងធ្វើសេចក្តីថ្លែងខាងក្រោមនេះទៅខោនធីឲ្យបានមុនថ្ងៃទី _____ ទាក់ទងនឹងអ្នកជំងឺរបស់អ្នកដូចមានឈ្មោះខាងលើ ដើម្បីឱ្យយើងអាចសម្រេចពីសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់គាត់សម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medi-Cal។ សូមប្រើស្រោម សំបុត្រមានភ្ជាប់មកជាមួយ ដែលមានចុះអាសយដ្ឋាននិងបង់ថ្លៃចរាចរនេះ។ អ្នកក៏អាចធ្វើស្រឡាបមកវិញតាមទូរសារ ឬសារអេឡិចត្រូនិក(អ៊ីម៉ែល) ដូចដែលបានផ្តល់ជូននៅផ្នែកខាងក្រោមនេះ។ អ្នកជំងឺរបស់អ្នកបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះដល់ពួកយើងខ្ញុំហើយ។ សូមអ្នកមេត្តាពិនិត្យលិខិតអនុញ្ញាតដូចមានភ្ជាប់មកជាមួយនេះ។

ហត្ថលេខាបុគ្គលិកប្រចាំខោនធី៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលិកប្រចាំខោនធី៖ _____

ទូរសព្ទ លេខ៖ _____ ទូរសារលេខ៖ _____

សារអេឡិចត្រូនិក(អ៊ីម៉ែល) បុគ្គលិកខោនធី៖ _____



ព័ត៌មានពីគ្រូពេទ្យ	
ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
ទូរសព្ទ៖	អ៊ីម៉ែល៖
<p>ផ្អែកតាមការពិនិត្យរបស់ខ្ញុំ អ្នកជំងឺខ្ញុំឈ្មោះ _____ និងទំនងជាមានតម្រូវការយ៉ាងប្រាកដនូវការថែទាំនៅតាមគិលានដ្ឋានសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃជាប់គ្នា លើកលែងតែគាត់ទទួលបានការថែទាំដល់ផ្ទះ និងសេវាគាំពារនានាដែលនឹងអនុញ្ញាតឲ្យគាត់បានរស់នៅក្នុងផ្ទះដោយសុវត្ថិភាព។ ដំបូងអ្នកជំងឺរបស់ខ្ញុំបានចាប់ផ្តើមតម្រូវការសេវាទាំងនេះនៅតាមគិលានដ្ឋាននៅថ្ងៃទី _____ ហើយបានបន្តតម្រូវការសេវាទាំងនេះតាំងពីពេលនោះមក។</p> <p>ខ្ញុំសូមប្រកាសទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខច្បាប់ជាធរមានរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក និងច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសេចក្តីបញ្ជាក់របស់គ្រូពេទ្យនេះគឺជាការពិតនិងត្រឹមត្រូវប្រាកដមែន។</p> <p>ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ៖</p>	

កាលបរិច្ឆេទ៖



ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ៖ _____ សូមអនុញ្ញាតឲ្យគ្រូពេទ្យ _____ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនៅលើទម្រង់នេះដល់ខោនធី _____ ប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងរៀបចំនូវសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានសេវា Medi-Cal។

- ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យប្រើប្រាស់ ឬបញ្ជូនព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើសម្រាប់គោលបំណងដែលបានបង្ហាញជូននេះ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកនូវការអនុញ្ញាតបញ្ជូនព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនេះបាន។ ក្នុងករណីខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើលិខិតអនុញ្ញាតឲ្យប្រើប្រាស់ ឬបញ្ជូនព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំអាចលុបចោលវិញបាននូវលិខិតអនុញ្ញាតនោះនៅពេលណាមួយក៏បាន។ ការលុបចោលនេះត្រូវធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយនឹងមិនមានឥទ្ធិពលដល់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ជូនហើយនោះទេ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានលិខិតអនុញ្ញាតនេះមួយច្បាប់។
- ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើលិខិតអនុញ្ញាតនេះដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយការព្យាបាល ការបង់ថ្លៃចំណាយ ឬសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នានាដែលផ្តល់ឲ្យតាមរយៈកម្មវិធីនេះ អាចនឹងមិនកើតមានឡើយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនចុះហត្ថលេខាលើលិខិតអនុញ្ញាតនេះ។
- ខ្ញុំយល់ទៀតថា បុគ្គលដែលទទួលបាននូវកំណត់ត្រានានា និងព័ត៌មានទាំងនេះ ត្រូវអនុវត្តទៅតាមលិខិតអនុញ្ញាតនេះ អាចនឹងមិនត្រូវប្រើប្រាស់ឲ្យលើស ឬបញ្ជូនព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះឡើយ លុះត្រាតែទទួលបានលិខិតអនុញ្ញាតមួយផ្សេងទៀតពីរូបខ្ញុំ ឬលុះត្រាណាតែការបញ្ជូនព័ត៌មាននោះត្រូវបានគ្រូពេទ្យ ឬ ត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងជាក់លាក់ដោយច្បាប់។

ហត្ថលេខាត្រូវបានចុះដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ក្នុងករណីមិនត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកជំងឺ ដែលជាម្ចាស់ព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ជូនទៅនោះ សូមកំណត់ពីមូលដ្ឋានឲ្យបានច្បាស់លាស់សម្រាប់ការចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់៖

- ឪពុកម្តាយអនីតិជន អណ្តាញព្យាបាល សហព័ទ្ធ តំណាងដែលទទួលបានសិទ្ធិ

សូមពន្យល់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកចំពោះអ្នកជំងឺ និងពីមូលហេតុដែលអ្នកជំងឺមិនអាចចុះហត្ថលេខាដោយផ្ទាល់បាន៖

សាក្សី៖ ខ្ញុំស្គាល់បុគ្គលដែលចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ឬខ្ញុំពេញចិត្តឲ្យបុគ្គលនេះធ្វើជាតំណាង៖
(ត្រូវបានគម្រោងចំពោះ "X" ហត្ថលេខាដែលអានមិនដាច់ ឬ ជាតួអក្សររូបទេស)

ហត្ថលេខាសាក្សី៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ _____ ទីក្រុង/លេខកូដប៊ូប៊ីប៖ _____

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.

日期：

患者信息 (此部分由縣辦事員完成)	
患者姓名：	患者出生日期：
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

親愛的 _____ 醫生，
 請完成下列的陳述表并在 _____ 之前送回給縣有關上述患者相關的聲明，以便我們可以
 確認其符合Medi-Cal 資格。請使用預先印好地址的郵資已付信封。您還可透過下列傳真或電子郵箱送回
 聲明。您的患者已授權將此信息披露給我們。患者授權請見附件。

縣辦事員簽名： _____ 日期： _____

縣辦事員印刷體姓名： _____

電話號碼： _____ 傳真號碼： _____

縣辦事員電子郵箱： _____



醫生信息	
醫生印刷體姓名：	日期：
電話：	電子郵箱：
<p>根據我的檢查，我的患者 _____，可能需要護理機構連續至少 30 天的護理，直至能接受可使其在家安全居住的居家式護理以及輔助服務。我的患者于 _____ 首次開始需要此類護理機構護理服務，并在此日期后仍然需要此類服務。</p>	
<p>本人聲明此醫生證明中所含信息真實正確，如有不實，本人愿接受美利堅合眾國及加利福尼亞州法律偽證罪之懲罰。</p>	
醫生簽名：	

日期：

本人， _____ 授權醫生 _____
將此表中的醫療信息披露給 _____ 縣，用於確認本人的 Medi-Cal 資格。

- 本人授權使用或披露個人可識別健康信息（如上所述）用於所列用途。
- 本人有權撤銷對信息的披露許可。如果本人簽署了使用或披露信息的授權，可隨時取消該授權。取消授權必須以書面形式進行且不影響已經使用或披露的信息。
- 本人有權收到此授權的副本。
- 本人自願簽署此授權，如果不簽署此授權，本計劃規定的待遇、報酬、或資格本人將會無法享受。
- 本人明白除非經本人另外授權或根據法律特別要求或許可，否則依照本授權向其披露記錄與信息的個人不得再次使用或披露此醫療信息。

簽名： _____ 日期： _____

如果此披露並非由患者簽名，請詳細說明簽名的授權情況：

未成年人的父母 監護人 配偶 授權代表

請說明與患者的關係以及患者無法親自簽名的理由： _____

證人：本人熟悉簽署此表的人士或明確此人的身份：（需要“X”，字跡模糊，或外文簽名）

證人簽名： _____ 日期： _____

街道地址： _____ 市/郵政編碼： _____

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.

تاریخ:

اطلاعات مربوط به بیمار (کانتی این قسمت را پر می کند)

نام بیمار:	تاریخ تولد بیمار:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

دکتر _____ گرامی:

لطفاً بیانیه ذیل را در ارتباط با بیمار شما که نامش در فوق درج شده است تکمیل و تا تاریخ _____ به کانتی ارسال نمایید تا بتوانیم صلاحیت وی را برای Medi-Cal تعیین نماییم. لطفاً از پاکت تمبردار ضمیمه شده استفاده نمایید. همچنین می توانید آنرا از طریق فکس یا ایمیل مطابق با آنچه که در ذیل درج شده است ارسال نمایید. بیمار شما اجازه افشاء این اطلاعات را به ما داده است. لطفاً به مجوز ضمیمه شده بیمار رجوع نمایید.

تاریخ: _____ امضاء مددکار کانتی: _____

نام مددکار کانتی به حروف درشت: _____

شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____

ایمیل مددکار کانتی: _____

اطلاعات پزشک

نام پزشک به حروف درشت:	تاریخ:
ایمیل:	تلفن:
<p>بر اساس معاینه ای که به انجام رساندم، بیمار من، _____، احتمالاً حد اقل به مدت 30 روز متوالی نیاز به مراقبت در سطح آسایشگاهی خواهد داشت مگر اینکه او از خدمات مراقبت در منزل و حمایت برخوردار باشد که به او اجازه خواهد داد تا به صورت امن در منزل بماند. بیمار من ابتدا در تاریخ _____، به این خدمات مراقبت در سطح آسایشگاهی نیاز پیدا کرد و از آن تاریخ به بعد همچنان نیاز به این خدمات دارد.</p>	
<p>من تحت مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که اطلاعات مندرج در این تأییدیه پزشک صحیح و درست است.</p>	
امضاء پزشک:	

تاریخ:

اینجانب، _____ به دکتر _____ اجازه می‌دهم تا اطلاعات پزشکی در این فرم را به منظور تعیین صلاحیت Medi-Cal من به کانتی _____ اعلام نماید.

من اجازه استفاده یا افشاء اطلاعات بهداشتی شخصی قابل شناسایی خود را برای اهدافی که در فوق قید شده است می‌دهم.

من حق دارم که این اجازه اطلاعات مربوط به خود را لغو کنم. اگر این مجوز استفاده یا افشاء اطلاعات را امضاء کنم، می‌توانم در هر زمان آنرا لغو کنم. این لغو اجازه باید به صورت کتبی به انجام برسد، و تأثیری بر اطلاعاتی که از قبل مورد استفاده قرار گرفته یا افشاء شده است نخواهد داشت.

من حق دارم که یک نسخه از این مجوز را دریافت نمایم.

من این اجازه را به صورت اختیاری امضاء می‌کنم، و بدون امضاء این مجوز، درمان، پرداخت، یا صلاحیت من برای مزایا تحت این برنامه امکان پذیر نخواهد بود.

من همچنین متوجه هستم که بر اساس این مجوز، فردی که مدارک و اطلاعات به او افشاء می‌شود، نمی‌تواند برای اهداف دیگری از اطلاعات پزشکی مربوطه استفاده نموده یا آنرا افشاء نماید، مگر اینکه مجوز دیگری از طرف من دریافت نماید یا اینکه این نوع افشاء بر اساس قانون صریحاً مورد نیاز بوده یا مجاز باشد.

امضاء شده توسط: _____ تاریخ: _____

اگر توسط بیمار که موضوع این افشاء می‌باشد امضاء نشده باشد، نسبت فرد مجاز امضاء کننده را اعلام نمایید:

پدر یا مادر فرد صغیر قیم همسر نماینده مجاز

نسبت وی را با بیمار توضیح دهید و دلیل اینکه چرا بیمار قادر به امضاء نیست: _____

شاهد: من فردی که این فرم را امضاء کرده است را می‌شناسم یا از هویت این شخص راضی هستم: (برای امضاهایی که به صورت "X"، ناخوانا، یا با حروف خارجی هستند مورد نیاز است)

امضاء شاهد: _____ تاریخ: _____

آدرس خیابان: _____ شهر/کد پستی: _____

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.

तिथि:

रोगी की जानकारी (यह भाग काउंटी पूरा करेगी)	
रोगी का नाम:	रोगी की जन्म तिथि:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

प्रिय डॉ. _____

कृपया उपर सूचीबद्ध अपने रोगी से संबंधित निम्न विवरण पूर्ण करके काउंटी को _____ को भेज दें ताकि हम Medi-Cal के लिए आपकी योग्यता का निर्धारण कर सकें। कृपया डाक-भुगतान सहित पहले से पता लिखे हुए लिफाफे का इस्तेमाल करें। आप नीचे बताए अनुसार इसे फ़ैक्स या ईमेल द्वारा भी भेज सकते हैं। आपके रोगी ने हमें यह जानकारी साझा करने की अनुमति दी है। कृपया संलग्न की गई रोगी की अनुमति देखें।

काउंटी कार्यकर्ता के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

बड़े अक्षरों में काउंटी कार्यकर्ता का नाम: _____

फोन नंबर: _____ फ़ैक्स नंबर: _____

काउंटी कार्यकर्ता की ईमेल: _____



चिकित्सक की जानकारी	
बड़े अक्षरों में चिकित्सक का नाम:	तिथि:
टेलीफोन:	ईमेल:
मेरी जाँच के अनुसार, मेरे रोगी _____ को काम से कम 30 दिन लगातार नर्सिंग सुविधा स्तर की देखभाल की आवश्यकता होगी, जब तक कि उसे घर पर देखभाल और सहायता सेवाएँ मिल नहीं जाती जों उसे घर पर सुरक्षित रहने में सहायता करेंगी। मेरे रोगी को पहली बार नर्सिंग सुविधा स्तर की देखभाल सेवाओं की जरूरत _____ से शुरू हुई थी, और उसी दिन से उसे निरंतर आधार पर इन सेवाओं की आवश्यकता रहती है।	
संयुक्त राज्य अमेरिका और कैलिफ़ोर्निया राज्य के कानूनों के अधीन गलत बयान देने के अधीन मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि इस चिकित्सक सत्यापन की संपूर्ण जानकारी सच और सही है।	
चिकित्सक के हस्ताक्षर:	

तिथि:

मैं, _____ चिकित्सक _____ को
Medi-Cal के लिए मेरी योग्यता निर्धारित करने के उद्देश्य से _____ काउंटी को इस फॉर्म में
दी गई चिकित्सीय जानकारी साझी करने की अनुमति देता/देती हूँ।

- मैं सूचीबद्ध उद्देश्य के लिए ऊपर वर्णित अनुसार अपनी व्यक्तिगत रूप से पहचाने जाने योग्य स्वास्थ्य जानकारी के इस्तेमाल या प्रकटीकरण की अनुमति देता/देती हूँ।
- मुझे मेरी जानकारी साझी करने की अनुमति वापस लेने का अधिकार है। यदि मैं जानकारी के इस्तेमाल या खुलासा करने के लिए इस अनुमति पर हस्ताक्षर करता हूँ, तो मैं ऐसी अनुमति किसी भी समय रद्द कर सकता हूँ। रद्द करने का अनुरोध लिखित में किया जाना चाहिए और इससे ऐसी कोई भी जानकारी प्रभावित नहीं होगी जो पहले से ही इस्तेमाल की गई है या साझी की गई है।
- मुझे इस अनुमति की एक प्रति प्राप्त करने का अधिकार है।
- मैं इस अनुमति पर स्वेच्छा से हस्ताक्षर कर रहा हूँ और यदि मैं इस अनुमति पर हस्ताक्षर नहीं करता हूँ, तो हो सकता है कि इस कार्यक्रम के तहत लाभों के लिए मेरी योग्यता, या इलाज और भुगतान संभव न हों।
- मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि जिस व्यक्ति को इस अनुमति के अनुसार रिकॉर्ड और जानकारी का खुलासा किया गया है, वह आगे इस चिकित्सीय जानकारी का इस्तेमाल या खुलासा नहीं करेगा, जब तक की इससे संबंधित मुझसे अन्य अनुमति नहीं ली जाती या ऐसा खुलासा जो विशेष रूप से कानून द्वारा अनुमत या आवश्यक हो।

हस्ताक्षरित: _____ तिथि: _____

यदि हस्ताक्षर रोगी द्वारा नहीं किए गए हैं, जो इस खुलासे के अधीन एक रोगी है, अनुमति पर हस्ताक्षर करने का आधार निर्दिष्ट करें:

नाबालिग के माता-पिता अभिभावक जीवनसाथी अधिकृत प्रतिनिधि

रोगी के साथ संबंध की व्याख्या करें और बताएं कि रोगी हस्ताक्षर करने में असमर्थ क्यों है: _____

गवाह: मैं इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को जानता/जानती हूँ या मैं इस व्यक्ति की पहचान के संतुष्ट हूँ: (यदि हस्ताक्षर "X" हैं, तो वह अशिक्षित है, या इसमें गैर-पश्चिमी अक्षर शामिल हैं)

गवाह के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

पता: _____ शहर/ज़िप कोड: _____

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.

Hnub:

TUS NEEG MOB COV NTAUB NTAWV (Lub Zos Yuav Tsum Sau Tshooj No Kom Tiav)	
TUS NEEG MOB LUB NPE:	TUS NEEG MOB HNUG YUG:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Nyob Zoo Dr. _____

Thov sau rau hauv qab no kom tiav muab nws xa rov qab mus rau lub zos kom txog _____ ntsig txog tus neeg mob muaj npe saum toj saud yog li ntawd peb thiaj tuaj yeem txiav txim txog nws qhov muaj cai tau txais kev pab rau ntawm Medi-Cal. Thov siv lub hnab ntawv uas twb them tus nqi xa ntawv no xa rov qab mus. Tej zaum koj yuav muab cov ntaub ntawv no fej hauv xov tooj mus lossis muab xa hauv email raws li qhov chaw nyob hauv qab no. Koj tus neeg mob twb tso cai cia muab cov ntaub ntawv no tshaj tawm rau peb lawm. Thov saib daim ntawv tso cai ntawm tus neeg mob uas muab tso nrog ua ke tuaj nov.

Tus Neeg Ua Haujlwm Hauv Lub Zos Kos Npe: _____ Hnub: _____

Tus Neeg Ua Haujlwm Hauv Lub Zos Lub Npe: _____

Nab Npawb Xovtooj: _____ Nab Npawb Fej Ntawv: _____

Tus Neeg Ua Haujlwm Hauv Lub Zos Tus Email: _____



TUS KWS KHO MOB COV NTAUB NTAWV	
TUS KWS KHO MOB LUB NPE:	HNUB:
XOV TOOJ:	EMAIL:
<p>Saib raws li kuv qhov tshuaj ntsuam xyuas, kuv tus neeg mob, _____, zoo li yuav tsum raug saib xyuas rau hauv lub tsev tu neeg mob yam tsawg kawg yog 30 hnub ua ke, tshwj tsis yog nws raug saib xyuas hauv tsev thiab raug pab txhawb kom nws nyob tau nyab xeeb rau hauv tsev. Thaum xub thawj kuv tus neeg mob yeej xav kom raug saib xyuas rau hauv lub tsev tu neeg mob rau ntawm _____, thiab nws yeej tseem xav tau kev saib xyuas mus ntxiv suav txij hnub ntawd los txog tam sim no.</p>	
<p>Kuv lees raws li cov kev cai lij choj ntawm Teb Chaw Meskas thiab Lub Xeev California tias cov ntaub ntawv sau tseg rau hauv Tus Kws Kho mob Daim Ntawv Pov Thawj no yeej muaj tseeb thiab raug lawm.</p>	
TUS KWS KHO MOB KOS NPE:	

Hnub:



Kuv, _____ tso cai rau tus kws kho mob _____

muab cov ntaub ntawv kho mob nyob ntawm daim ntawv foos no tshaj tawm rau Lub Zos _____

txhawm rau lub hom phiaj los npaj saib xyuas kuv qhov muaj cai tau txais kev pab rau ntawm Medi-Cal.

- Kuv tso cai cia muab kuv tus kheej ntiag tug cov ntaub ntawv kev noj qab haus huv siv lossis tshaj tawm rau lub hom phiaj uas tau sau tseg rau saum toj saud.
- Kuv muaj cai thim tau kuv daim ntawv tso cai muab kuv cov ntaub ntawv tshaj tawm. Yog kuv kos npe rau daim ntawv tso cai pom zoo cia muab cov ntaub ntawv siv lossis tshaj tawm, kuv tuaj yeem thim daim ntawv tso cai no tau txhua lub sijhawm. Yuav tsum sau ntawv mus thim thiab yuav tsis cuam tshuam txog cov ntaub ntawv uas twb yeej muab siv lossis tshaj tawm ua ntej lawm.
- Kuv muaj cai tau txais ib daim ntawv theej ntawm daim ntawv tso cai no.
- Kev kos npe rau daim ntawv tso cai no tsuas yog kev yeem dawb xywv thiab kev kho mob, kev them nqi, lossis siv rau kuv qhov muaj cai tau txais cov txiaj ntsig, tej zaum kuv yuav tsis muaj cai tau txais kev pab yog kuv tsis kos npe rau daim ntawv tso cai no.
- Kuv kuj nkag siab tias ib tug neeg uas teev tseg cov ntaub ntawv thiab muab tshaj tawm yuav tsum ua raws li daim ntawv tso cai no, tsis pub muab cov ntaub ntawv kho mob siv lossis tshaj tawm ntxiv, tshwj tsis kuv tau tso cai ntxiv lossis tshwj tsis yog lwm txoj cai lij choj pub muab siv lossis tshaj tawm tau.

KOS NPE: _____ HNUB: _____

Yog tus neeg mob tsis kos npe leej twg thiaj yuav yog tus los tshaj tawm, qhia tus neeg raug tso cai los kos npe:

- Niam Txiv ntawm Tus Menyuum
- Tus Neeg Saib Xyuas Menyuum
- Tus Txij Nkawm
- Tus Neeg Sawv Cev Raug Cai

Piav qhia txog qhov kev txheeb ze rau tus neeg mob thiab yog vim li cas tus neeg mob thiaj li tsis tuaj yeem kos npe tau:

TUS NEEG UA POV THAWJ: Kuv paub tus neeg kos npe rau daim ntawv no lossis kuv pom zoo rau tus neeg no: (Yuav tsum kos "X", qauv tes, lossis kos npe)

Tus neeg ua pov thawj kos npe: _____ Hnub: _____

Chaw Nyob: _____ Nroog/Zip Code: _____

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.

日付：

患者の情報（この項目は郡が記載）	
患者名：	患者生年月日：
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

医師 _____ 様

上記に記載されている患者に関して、下記の声明を記載し、 _____ までに郡に返送してください。これは、彼/彼女のMedi-Calの資格を判断する目的に使用します。郵送料支払い済みの宛名書きされた封筒を使用してください。下記に記載されているファックス番号またはメールアドレスに返信することもできます。患者の情報を私たちに与えることに関しては、本人から承認を得ています。添付の患者承認書でご確認ください。

国の担当者署名： _____ 日付： _____

国の担当者名（活字体）： _____

電話番号： _____ ファックス番号： _____

国の担当者メールアドレス： _____

**貧窮配偶者規定に基づく、自宅とコミュニティで受けるサービス向けの医師の証明書
(Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)**

医師の情報	
医師の名前（活字体）：	日付：
電話番号：	メールアドレス：
<p>私の診断に基づき、私の患者、 _____ は、最低30日間連続で、老人ホームレベルのケアが必要になるかもしれません。ただし、彼/彼女が、自宅での治療、および自宅で安全に生活できるようなサポートサービスを受けている場合を除きます。私の患者は、 _____ における老人ホームレベルのケアにおいて、該当サービスを開始する必要があります。その日以降、そのサービスの必要性が継続しています。</p>	
<p>私は、アメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律に従い、偽証罪に抵触することなく、この医師の証明書内に記載されている情報は真実で正確であることを宣言します。</p>	
医師の署名：	

日付：

私、 _____ は 医師、 _____
をMedi-Calでの資格を判断する目的において、 _____ 国へ、本文
書内の医療情報を提供することに同意します。

- ・ 私は、本文書の目的において、上記に記載されているとおり、私の個人的に識別可能な健康情報を使用または開示することに承認します。
- ・ 私は、私の情報提供を許可しない権利を保有しています。本承認書に署名し、個人情報を使用または開示されている場合でも、随時、私は承認を取り消すことができます。取消には所定の書面が必要であり、すでに使用または開示されている個人情報に影響を与えるものではありません。
- ・ 私は、本承認書のコピーを受け取る権利を保有しています。
- ・ 私は、この承認書に自由意志で署名しています。本プログラムの給付金のための治療、支払い、資格は、本承認書の署名がない場合、無効となるかもしれません。
- ・ 私から別の承認が得られている、または別の開示が必要である、もしくは法律により許可されている場合を除き、本承認書に従い、記録および情報が開示されている人物は、当該医療記録を他の目的で使用または開示することはできないことを、私は理解しています。

署名： _____ 日付： _____

本開示の対象患者による署名がない場合、署名する権限の基礎を指定してください：

未成年者の親 後見人 配偶者 許可された代表

患者との関係、および患者が署名できない理由を記入してください： _____

証人：私は、本フォームに署名する人物を知っている、或いは、この人物の身元を確認することができます：（その署名が「X」である場合、判読できない、または外国の文字が含まれている場合に必要となります）

証人署名： _____ 日付： _____

住所： _____ 市/郵便番号： _____

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.

날짜:

환자 정보 (카운티 이 섹션 완성)	
환자 이름:	환자 출생일:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

친애하는 Dr. _____
 귀하의 Medi-Cal 수혜 자격을 결정할 수 있도록 위에 나열된 환자에 관련하여 아래 진술서를 작성하여 _____ 까지 카운티에 회신하십시오. 우편으로 발송 된 우편 봉투를 사용하십시오.
 아래 명시된 대로 팩스 또는 전자 메일로 회신할 수도 있습니다. 환자는 저희에게 이 정보를 공개 할 권한을 부여했습니다. 첨부된 환자 승인서를 참조하십시오.

카운티 근로자 서명: _____ 날짜: _____

카운티 근로자 정자체 이름: _____

전화번호: _____ 팩스 번호: _____

카운티 근로자 이메일: _____



의사의 정보

의사의 정자체 이름:	날짜:
-------------	-----

전화번호:	이메일:
-------	------

본인의 검사를 토대로, 나의 환자 _____는 가정에서 환자를 안전하게 지킬 수 있도록 하는 가정 간호 및 지원 서비스를 받지 않는 한 최소 30 일 연속으로 간호시설 수준의 간호를 요구할 수 있습니다. 환자는 _____ 일 부터 간호 시설 수준의 이러한 서비스가 필요하기 시작했으며, 그 이후로 계속 이러한 서비스가 필요했습니다.

본인은 미국 및 캘리포니아주 법에 따라 위증시 처벌을 받는다는 의사 표시로 본 의사 확인서에 포함 된 정보가 사실이고 정확함을 선언합니다.

의사의 서명 :

날짜: _____

나, _____ Medi-Cal에 대한 자격 여부를 결정하기 위해
_____ 카운티에 이 양식으로 의료정보를 공개 하도록
_____ 의사에게 권한을 부여합니다.

- 본인은 나열된 목적을 위해 위에서 설명한 대로 개별적으로 식별 가능한 본인의 건강 정보의 사용 또는 공개를 허가합니다.
- 본인은 정보의 공개를 철회할 수 있는 권리가 있습니다. 본인은 정보의 사용 또는 공개에 대한 이 허가서에 서명하더라도, 언제든지 해당 허가를 철회 할 수 있습니다. 취소는 서면으로 이루어져야 하며 이미 사용되었거나 공개된 정보에는 영향을 미치지 않습니다.
- 본인은 이 승인서의 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 본인은 자발적으로 이 승인서에 서명하고 있으며 이 승인서에 서명하지 않으면 이 프로그램에 따르는 혜택에 대한 치료를 받지 못하거나, 지불 또는 본인 자격이 불가능해 질 수 있습니다.
- 본인으로부터 다른 승인을 얻지 못했거나 이 공개자 법에 의해 특별히 요구되거나 허용되지 않는 한 이 승인서에 따라 기록 및 정보를 유지 한 사람은 의료 정보를 사용하거나 공개 할 수 없다는 점을 잘 알고 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____

이 공개의 대상인 환자가 서명하지 않은 경우 서명 권한에 대한 근거를 지정하십시오.

미성년자 부모 후견인 배우자 위임 대표자

환자와의 관계 및 왜 환자가 서명할 수 없는지 설명하십시오: _____

증인: 저는 이 사람의 신원을 확인하거나 이 양식에 서명한 사람을 알고 있습니다:
(읽기 어려운 문자 또는 외국 문자 서명의 경우, "X" 필수).

증인 사인: _____ 날짜: _____

주소: _____ 도시/우편 번호: _____

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.

ວັນທີ:

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ (ເຂດປົກຄອງເປັນຜູ້ປະກອບສ່ວນ)	
ຊື່ຄົນເຈັບ:	ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຄົນເຈັບ:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

ສະບາຍດີ ດຣ. _____
 ກະລຸນາປະກອບ ແລະ ສົ່ງຄືນຄ່າຖະແຫຼງການຂ້າງລຸ່ມໄປຫາງເຂດປົກຄອງໂດຍ _____ ເຊິ່ງກ່ຽວກັບຄົນເຈັບຂອງທ່ານທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອງລາວໄດ້.
 ກະລຸນາໃຊ້ຊອງຈົດໝາຍທີ່ຈຳໜ້າຊອງ ແລະ ຈ່າຍຄ່າໄປສະນີໄວ້ແລ້ວ. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງມັນຄືນໄດ້ທາງແຟັກ ຫຼື ທາງອີເມວດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມ. ຄົນເຈັບຂອງທ່ານໄດ້ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ແກ່ພວກເຮົາແລ້ວ. ກະລຸນາເບິ່ງໃບອະນຸຍາດຂອງຄົນເຈັບທີ່ຄັດຕິດມານຳ.

ລາຍເຊັນພະນັກງານເຂດປົກຄອງ: _____ ວັນທີ: _____

ຊື່ຕົວພິມຂອງພະນັກງານເຂດປົກຄອງ: _____

ເບີໂທລະສັບ: _____ ເບີແຟັກ: _____

ອີເມວຂອງພະນັກງານເຂດປົກຄອງ: _____



ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໝໍ	
ຊື່ຕົວພິມຂອງທ່ານໝໍ	ວັນທີ:
ໂທລະສັບ:	ອີເມວ:
<p>ໂດຍອີງຕາມການກວດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຄົນເຈັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, _____, ອາດຈະຈຳເປັນຕ້ອງມີການດູແລບັນບົວລະດັບສະຖານພະຍາບານເປັນເວລາຢ່າງໜ້ອຍ 30 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າລາວໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງ ແລະ ການບໍລິການສະໜັບສະໜູນຢູ່ເຮືອນ ທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ລາວສາມາດອາໄສຢູ່ເຮືອນໄດ້ຢ່າງປອດໄພ. ທ່ານອິດຄົນເຈັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເລີ່ມຕົ້ນຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ໃນລະດັບການດູແລເບິ່ງແຍງຢູ່ສະຖານພະຍາບານໃນ _____, ແລະ ສືບຕໍ່ຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີນັ້ນ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດຂອງການໃຫ້ຂໍ້ຄວາມເທັດຕາມກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດອາເມຣິກາ ແລະ ລັດຄາລິຟໍເນຍວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ໃນໃບຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານໝໍແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.</p> <p>ລາຍເຊັນຂອງທ່ານໝໍ:</p>	

ວັນທີ:



ຂ້າພະເຈົ້າ, _____ ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໝໍ _____
ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃນແບບຟອມນີ້ໃຫ້ແກ່ຂັດບົກຄອງ _____ ເພື່ອຈຸ
ດປະສົງຂອງການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

- ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນສ່ວນບຸກຄົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍຂ້າງເທິງສຳລັບຈຸດປະສົງທີ່ລະບຸໄວ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດຖອນການອະນຸຍາດສຳລັບການເປີດເຜີຍກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຊັນໃບອະນຸຍາດນີ້ເພື່ອໃຫ້ໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍົກເລີກໃບອະນຸຍາດນັ້ນໄດ້ທຸກເວລາ. ການຍົກເລີກຕ້ອງເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ຈະບໍ່ມີຜົນກັບຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຖືກໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍໄປແລ້ວ.
- ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາຂອງໃບອະນຸຍາດນີ້.
- ຂ້ອຍເຊັນໃບອະນຸຍາດນີ້ດ້ວຍຄວາມສະຫຼັກໃຈ ແລະ ການເປັນເປົ້າ, ການຊຳລະເງິນ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃຕ້ໂຄງການນີ້ຈະບໍ່ສາມາດເປັນໄປໄດ້ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຊັນໃບອະນຸຍາດນີ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈອີກວ່າ ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບບັນທຶກ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປີດເຜີຍຕາມໃບອະນຸຍາດນີ້ບໍ່ສາມາດໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຕໍ່ໄປອີກໄດ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກຂ້າພະເຈົ້າຕື່ມອີກ ຫຼື ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວແມ່ນຈຳເປັນ ຫຼື ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນພິເສດຕາມກົດໝາຍ.

ເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

ຖ້າຄົນເຈັບທີ່ເປັນຜູ້ໃຫ້ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ໄດ້ເຊັນເອງ, ຈົ່ງລະບຸຜູ້ຖານສຳລັບຜູ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຊັນ:
 ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ ຜູ້ບົກຄອງ ຄູ່ສົມລົດ ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ອະທິບາຍຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ ແລະ ເຫດຜົນທີ່ຄົນເຈັບບໍ່ສາມາດເຊັນໄດ້: _____

ພະຍານ: ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ຈັກບຸກຄົນທີ່ເຊັນແບບຟອມນີ້ ຫຼື ພໍ່ໃຈກັບຕົວຕົນຂອງບຸກຄົນນີ້: (ຈຳເປັນສຳລັບລາຍເຊັນເປັນ "X", ອ່ານບໍ່ອອກ ຫຼື ມີຕົວອັກສອນຕ່າງປະເທດ)

ລາຍເຊັນພະຍານ: _____ ວັນທີ: _____

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: _____ ເມືອງ/ລະຫັດໄປສະນີ: _____

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.

Hnoi:

BUTV BAEGC MIENH NYEI WAAC-FIENX (Bun kaauv div fiev ziangx naaiv kang nzangc)	
BUTV-BAENG C MIENH NYEI MBUOZ:	BUTV-BAENG C MIENH NYEI CUOTV-SEIX HNOI:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Hnamv camv domh ndie-sai _____
 Oix zuqc tov heuc tengx fiev ziangx liuz aengx caux fungx naaiv zeiv waac-fienx fiev yiem njiec ga'ndiev uov fungx daaux nqaang nzuonx mingh bun taux ninh mbuo kaau div naaiv _____ gorngv taux meih nyei butv-baengc mienh fiev mbuoz yiem gu'nguaaic uov liuz yie mbuo cingx daaih haih tengx zaah paaiv mangc ninh nyei puix-zipv liouh tengx Medi-Cal. Oix zuqc dapv fienx mbuozc fungx gan zipv fienx dorngx daaih. Meih se fungx nzuonx gan fax a'fai email mbiuv yiem ga'ndiev uov yaac duqv. Meih nyei baengc mienh yaac buatc longx bungz cuotv naaiv deix waac-fienx daaih bun yie mbuo duqv hiuv. Doqc mangc fungx daaih ninh mbuo baengc mienh buatc longx nyei sou-gorn.

Kaau div zoux gong mienh mbuoz-liuc: _____ Hnoi: _____

Kaau div zoux gong mienh mbuoz: _____

Fonh nam mber: _____ Fax nam mber: _____

Kaau div gong mienh Email: _____



DOMH NDIE-SAI DOUC NYEI WAAC-FIENX	
DOMH NDIE-SAI MBUOZ NZANGC-WUONH:	HNOI:
FONH:	EMAIL:
<p>Ei gan yie nyei zaah dimv mangc liuz buatc yie nyei baengc mienh, _____, oix zuqc qiemx longc tengx fioux goux mangc nyei jaa-sic mv gauv zoqc jiex 30 hnoi nyei ziangh hoc zuov taux ninh duqv zipv longc tengx goux mangc yiem biau v aengx caux zipv tengx goux dongh oix zuqc bun ninh yiem njiec kuv-yiem dingh torqv dorngx dauh. Yie nyei baengc mienh nor oix zuqc jiex gorn qiemx zuqc longc naaiv deix tengx fioux goux mangc nyei jaa-sic yiem naaiv norm _____, aengx caux nzipc jienv longc naaiv deix gong-bou zuov taux buangv hnoi-nyieqc.</p> <p>Yie laengx bun njiec zuiz gan naaiv meiv guoqv deic bung doh leiz aengx caux naaiv California saengv zangc se gorngv yie gorngv waac jaav gu'baeqc nduov gorngv taux naaiv deix waac-fienx fiev njiec daaih se benx ninh mbuo domh ndie-sai paaiv daaih nyei waac nor zien maaih aengx caux zuqc nzengc.</p>	
DOMH NDIE-SAI NJIEC MBUOZ-LIUC:	

Hnoi: _____

Yie, _____ buac longc bun domh ndie-sai _____

bungx cuotv zunh tong naaiv deix zorc baengc waac-fienx yiem njiec naaiv zeiv sou-form bun taux ninh mbuo
_____ kaau div gorn zangc liouh funx benx fih mbenc bun yie duqv zipv longc tengx taux Medi-Cal.

- Yie buac longc bun longc a'fai bongx tong yaangh gorngv taux baengc zingh waac-fienx duqv paaiv njiec ga'ganh nyei dimv mangc baengc zingh liouh funx yiem gu'nguaaic uov.
- Yie maaih ze'buonc gauv torv siou nzuonx dongh yie buac longc bun bungx cuotv naaiv deix waac-fienx uov. Se gorngv yie duqv njiec mbuoz bun longc a'fai bun bungx tong yaangh cuotv naaiv deix waac-fienx nor, yie yaac haih siou nzuonx haaix zanc yaac duqv. Zorqv siou nzuonx naaiv deix waac-fienx nor oix zuqc fiev sou-nzangc fungx mingh aengx caux yaac mv maaih haaix diuc sic dauh ging-dongx taux waac-fienx dongh duqv longc liuz a'fai bungx tong yaangh cuotv liuz uov.
- Yie maaih ze'buonc zipv longc ienx cuotv nyei sou-daan gorngv taux naaiv deix buac longc nyei waac dauh.
- Yie njiec mbuoz yiem naaiv zeiv sou-gorn se longx hnyouv cuotv daaih aengx caux zorc baengc zingh, cuotv nyaanh a'fai yie maaih ze'buonc zipv longc nyei fu'loqc nyaanh se yiem njiec naaiv norm gong-bou gorn se buangv hnyouv cuotv daaih.
- Yie bieqc hnyouv camv faaux gorngv haaix dauh mienh faaux sou-nzangc aengx caux bungx waa-fiengx tong yaangh cuotv zuangx uov yaac mv haih aapv henc buac longc bun bungx naaiv deix waac yaac mv haih longc mingh a'fai bungx tong yaangh gorngv zorc baengc waac-fienx se gorngv mv zuov taux zorqv waac-fienx yiem yie fai ninh bungx cuotv ei gan doh leiz paaiv njiec nyei buonc hnavg.

NJIEC MBUOZ: _____ HNOI: _____

Se gorngv baengc mienh haaix dauh dongh benx naaiv zeiv bungx tong waac-fienx ziouv mv duqv njiec mbuoz nor, fiev paaiv-mengh waac njiec mbuoz nyei gorn zangc:

- Dae maa Goux mangc mienh Auv-nqoz doic Div gong-gorn zangc

Porv mengh caux baengc mienh hnavg haaix nor cien aengx caux porv cing gorngv wueic laaix haaix diuc ninh mbuo baengc mienh mb haih njiec mbuoz duqv:

YIEM HLEM MIENH: Yie hiuv duqv naaiv dauh mienh njiec mbuo yiem naaiv zeiv sou-form a'fai yiem longx hnyouv naaiv dauh mienh nyei waac-fienx: (se gorngv njiec mbuoz benx "X", maaih puix-zipv gauv a'fai mv dapv waac-fienx nyei waac-nyiouz)

Yiem hlen mienh mbuoz: _____ Hnoi: _____

Dorngx yiem njiec cie-jauv: _____ Mungv/Zip Code: _____

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.

ਮਿਤੀ:

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਇਹ ਭਾਗ ਕਾਉਂਟੀ ਪੂਰਾ ਕਰੇਗੀ)	
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ:	ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

ਸਤਿ ਸ੍ਰੀ ਅਕਾਲ ਜੀ, ਡਾ. _____
 ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਠ ਲਿਖੇ ਵੇਰਵੇ ਪੂਰੇ ਭਰ ਕੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ _____ ਤੱਕ ਭੇਜ ਦਿਓ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਕੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਪਤਾ ਲਿਖੇ ਲਿਫਾਫੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਮੁਤਾਬਕ ਇਹ ਫੈਕਸ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਵੀ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਖੋ।

ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਮਿਤੀ: _____

ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____ ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ: _____

ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਰਤਾ ਦੀ ਈਮੇਲ: _____



ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	
ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ:	ਮਿਤੀ:
ਟੈਲੀਫੋਨ:	ਈਮੇਲ:
ਮੇਰੀ ਪੜ੍ਹਤਾਲ ਮੁਤਾਬਕ, ਮੇਰੇ ਮਰੀਜ਼ _____ ਨੂੰ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ 30 ਦਿਨ ਲਗਾਤਾਰ ਨਰਸਿੰਗ ਸੁਵਿਧਾ ਪੱਧਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਪਵੇਗੀ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਸਨੂੰ ਘਰੇ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀਆਂ, ਜੋ ਉਸ ਨੂੰ ਘਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਮੇਰੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਨਰਸਿੰਗ ਸੁਵਿਧਾ ਪੱਧਰ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ _____ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਈ ਸੀ, ਅਤੇ ਉਸੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਉਸ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।	
ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਅਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਧੀਨ ਗਲਤ ਬਿਆਨ ਦੇਣ ਅਧੀਨ ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਡਾਕਟਰੀ ਤਸਦੀਕ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।	
ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:	

ਮਿਤੀ:

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ

ਮੈਂ, _____ ਅਧਿਕਾਰਤ ਡਾਕਟਰ _____ ਨੂੰ
Medi-Cal ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਮੰਤਵ ਨਾਲ _____ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ
ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

- ਮੈਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਮੰਤਵ ਲਈ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਮੁਤਾਬਕ ਆਪਣੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ ਤੇ ਪਛਾਣਨ ਯੋਗ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।
- ਮੈਨੂੰ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਅਜਿਹੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵੇਲੇ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ। ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਅਜਿਹੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ ਜਿਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋ ਚੁੱਕਿਆ ਹੈ।
- ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਤੇ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ, ਯਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਸੰਭਵ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਰਿਕਾਰਡ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਹ ਅੱਗੇ ਵੀ ਇਸ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸੇ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਮੇਰੇ ਤੋਂ ਹੋਰ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਖੁਲਾਸਾ ਜੋ ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਕਾਨੂੰਨ ਅਧੀਨ ਆਗਿਆ ਦੇਵੇ ਜਾਂ ਲੋੜ ਹੋਵੇ।

ਦਸਤਖਤ: _____ ਮਿਤੀ: _____

ਜੇਕਰ ਦਸਤਖਤ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਜੋ ਇਸ ਖੁਲਾਸੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਹੈ, ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਆਧਾਰ ਦੱਸੋ:

- ਨਾਬਾਲਗ ਦੇ ਮਾਪੇ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ ਸਮਝਾਓ ਅਤੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਕਿਉਂ ਹੈ: _____

ਗਵਾਹ: ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਮੈਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਾਲ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹਾਂ: (ਹਸਤਾਖਰ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਜੇਕਰ ਦਸਤਖਤ "X", ਗੈਰਵਾਜਬ ਜਾਂ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਅੱਖਰ ਹਨ)

ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਮਿਤੀ: _____

ਪਤਾ: _____ ਸ਼ਹਿਰ/ਜ਼ਿੱਪ ਕੋਡ: _____

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.

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: _____

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:



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 информации я 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.

Fecha:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (El condado completa esta sección)	
NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Estimado Dr. _____

Por favor complete y devuelva la declaración de abajo al condado a más tardar el _____ con respecto a su paciente mencionado arriba para que podamos determinar su elegibilidad para Medi-Cal. Por favor utilice el sobre pre-pagado con nuestra dirección. También puede devolverla por fax o por correo electrónico como se indica abajo. Su paciente ha dado autorización para compartir esta información con nosotros. Por favor vea la autorización del paciente adjunta.

Firma del trabajador del condado: _____ Fecha: _____

Nombre del trabajador del condado en letra impresa: _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección electrónica del trabajador del condado: _____



INFORMACIÓN DEL MÉDICO	
NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA IMPRENTA:	FECHA:
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
De acuerdo con mi examen, mi paciente, _____, probablemente necesitará el nivel de cuidado de centro de enfermería especializada durante al menos 30 días consecutivos, a menos que reciba atención en el hogar y servicios de apoyo que le permitan residir de manera segura en su hogar. Mi paciente comenzó a necesitar de servicios a un nivel de cuidado de centro de enfermería especializada el _____ y ha seguido necesitando estos servicios desde esa fecha.	
Declaro bajo pena de sanción por perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del estado de California, que la información contenida en esta Verificación del médico es verdadera y correcta.	
FIRMA DEL MÉDICO:	

Fecha:

[Redacted area]

Yo, _____ autorizo al Dr. _____

para que comparta la información médica de este formulario al condado de _____

con el fin de establecer mi elegibilidad para Medi-Cal.

- Autorizo el uso o divulgación de la información médica que pueda identificarme, como se describe arriba y para los fines indicados.
- Tengo el derecho de retirar mi permiso para compartir mi información. Si yo firmo esta autorización para usar o compartir información, puedo anular esa autorización en cualquier momento. La anulación debe hacerse por escrito y no afectará la información que ya se haya usado o compartido.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Firmo esta autorización voluntariamente y cualquier tratamiento, pagos o mi elegibilidad para los beneficios bajo este programa puedan no ser posibles si no firmo esta autorización.
- Además, entiendo que cualquier persona a quien se divulguen los expedientes e información de acuerdo con esta autorización, no podrá usar ni compartir la información médica, a menos que obtenga de mí otra autorización o a menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

FIRMADA: _____ FECHA: _____

Si no firma el paciente sujeto a esta divulgación, especifique la base que le da autoridad para firmar:

Padre del menor Tutor Cónyuge Representante autorizado

Explique su parentesco con el paciente y por qué el paciente no puede firmar: _____

TESTIGO: Conozco a la persona que firma este formulario o estoy conforme con la identidad de esta persona: (Requerido en caso de firmas con una "X", ilegibles o con caracteres extranjeros)

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad, Código postal: _____

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.

Petsa:

IMPORMASYON NG PASYENTE (Kukumpletuhin ng County ang Seksiyong Ito)	
PANGALAN NG PASYENTE:	PETSA NG KAPANGANAKAN NG PASYENTE:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Mahal na Dr. _____

Pakikumpleto at isaui ang pahayag sa ibaba sa county bago o sa petsa ng _____ patungkol sa pasyente mong nakalista sa itaas upang madetermina namin ang kanyang pagiging narapat sa Medi-Cal. Pakigamit ang sobre na bayad na ang koreo at may address na. Maaari mo ting isaui ito sa pamamagitan ng fax o email ayon sa nakaindika sa ibaba. Nagbigay ang pasyente mo ng pahintulot na ibigay sa amin ang impormasyong ito. Pakitingnan ang nakalakip na pahintulot ng pasyente.

Lagda ng County Worker: _____ Petsa: _____

Naka-print na Pangalan ng County Worker: _____

Numero ng Telepono: _____ Numero ng Fax: _____

Email ng County Worker: _____



IMPORMASYON NG DOKTOR	
NAKA-PRINT NA PANGALAN NG DOKTOR:	PETSA:
TELEPONO:	EMAIL:
<p>Batay sa aking eksaminasyon, ang pasyente kong si _____, ay malamang na mangangailangan ng pag-aalaga na nasa lebel ng pasilidad ng nursing ng hindi bababa sa 30 araw na magkakasunod maliban kung makatanggap siya ng nasa-bahay na pag-aalaga at pangsUPPORTANG serbisyo na magpapahintulot na siya ay ligtas na manatili sa bahay. Ang pasyente ko ay unang nagsimulang nangailangan ng mga serbisyong ito sa pag-aalaga na nasa lebel ng pasilidad ng nursing noong _____, at nagpatuloy na nangailangan ng mga serbisyong ito mula noong petsang iyon.</p> <p>Dinedeklara ko sa multa ng perjury sa ilalim ng mga batas ng Estados Unidos ng Amerika at ng Estado ng California na ang impormasyong nilalaman ng Pagpapatotoo ng Doktor na ito ay totoo at tama.</p> <p>LAGDA NG DOKTOR:</p>	

Petsa:



Ako, si _____ ay nagpapahintulot kay doktor _____
na ibigay ang medikal na impormasyon sa form na ito sa _____ County para sa
layunin ng pagtataguyod ng pagiging nararapat ko para sa Medi-Cal.

- Pinahihintulutan ko ang paggamit o pagsisiwalat ng aking indibiduwal na makikilalang impormasyong pangkalusugan ayon sa nakasalarawan sa itaas para sa layuning nakalista.
- May karapatan akong bawiin ang pahintulot para sa pagpapalabas ng aking impormasyon. Kapag nilagdaan ko ang pahintulot na ito na gamitin o isiwalat ang impormasyon, maari kong bawiin ang pahintulot sa anumang oras. Ang pagbawi ay kailangang gawin sa pamamagitan ng sulat at hindi makakaapekto sa impormasyon na nagamit o naisiwalat na.
- May karapatan akong makatanggap ng kopya ng pahintulot na ito.
- Nilalagdaan ko ang pahintulot na ito nang boluntaryo at ang paggamot, bayad o ang pagiging nararapat ko sa mga benepisyong sa ilalim ng programang ito ay maaaring hindi posible kapag hindi ko nilagdaan ang pahintulot na ito.
- Higit kong nauunawaan na ang tao kung kanino isiniwalat ang mga talaan at impormasyon alinsunod sa pahintulot na ito ay hindi maaaring gamitin o isiwalat ang medikal na impormasyon maliban kung ang ibang pahintulot ay nakuha mula sa akin o maliban kung ang nasabing pagsiwalat ay partikular na pinahintulutan ng batas.

NILAGDAAN: _____ PETA: _____

Kung hindi nilagdaan ng pasyente na paksa ng pagsisiwalat na ito, tukuyin ang batayan para sa pahintulot na lumagda:

- Magulang ng Menor-de-Edad Tagapag-alaga Asawa Pinahintulatang Kinatawan

Ipliwanag ang relasyon sa pasyente at kung bakit hindi makakapirma ang pasyente: _____

SAKSI: Kilala ko ang taong lumalagda ng form na ito o nasisiyahan ako sa pagkakakilanlan ng taong ito: (Kailangan para sa "X", hindi mabasa, o banyagang character na mga lagda)

Lagda ng saksi: _____ Peta: _____

Address ng Kalye: _____ Lungsod/Zip Code: _____

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.

วันที่:

ข้อมูลผู้ป่วย (ให้สำนักเขตปกครองกรอกข้อมูลส่วนนี้)	
ชื่อผู้ป่วย:	วันเกิดของผู้ป่วย:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

เรียน นพ. _____
 โปรดกรอกและส่งข้อมูลด้านล่างนี้กลับไปยังสำนักงานเขต โดย _____ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ระบุชื่อไว้ด้านบน เพื่อให้ทางเราได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์รับประโยชน์จาก Medi-Cal หรือไม่ กรุณาส่งทางไปรษณีย์จ่ายล่วงหน้าไปยังที่อยู่ที่เราแจ้งไว้ ท่านสามารถส่งกลับทางแฟกซ์หรืออีเมลที่ระบุไว้ด้านล่าง ซึ่งผู้ป่วยของท่านได้อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลนี้กับทางเราแล้ว กรุณาดูเอกสารการให้อนุญาตของผู้ป่วยที่แนบมากับเอกสารฉบับนี้

ลายเซ็นเจ้าหน้าที่สำนักงานเขต: _____ วันที่: _____

ชื่อเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตเป็นตัวพิมพ์: _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____ หมายเลขแฟกซ์: _____

อีเมลเจ้าหน้าที่สำนักงานเขต: _____



ข้อมูลแพทย์	
ชื่อแพทย์เป็นตัวพิมพ์:	วันที่:
โทรศัพท์:	อีเมล:
จากการตรวจสอบของข้าพเจ้า ผู้ป่วย _____ สมควรได้รับการช่วยเหลือด้านการพยาบาลอย่างน้อย 30 วันติดต่อกัน เว้นเสียแต่ที่ผู้ป่วยได้รับการหรือการช่วยเหลือที่อยู่ของผู้ป่วยแล้ว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพักอาศัยอย่างปลอดภัยที่ที่พัก โดยผู้ป่วยต้องการบริการพยาบาลดังกล่าวตั้งแต่วันที่ _____ และยังคงต้องการการบริการดังกล่าวจนถึงวันนี้	
ภายใต้กฎหมายการให้การเท็จของสหรัฐอเมริกาและรัฐแคลิฟอร์เนีย ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุในเอกสารการตรวจสอบของแพทย์นี้ถูกต้องและเป็นความจริง	
ลายเซ็นแพทย์:	

วันที่:

ข้าพเจ้า, _____ อนุญาตให้นายแพทย์ _____
เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ในแบบฟอร์มนี้ให้กับสำนักงานเขต _____ เพื่อ
ตรวจสอบสิทธิการรับผลประโยชน์ของ Medi-Cal

- ข้าพเจ้าอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า ตามที่ระบุไว้ในจุดประสงค์ด้านบน
- ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ยกเลิกการอนุญาตให้บุคคลอื่นเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าได้ลงนามอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลแล้ว ข้าพเจ้าสามารถยกเลิกการให้อนุญาตดังกล่าว ณ เวลาใดก็ได้ การยกเลิกจะต้องกระทำอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลที่กระทำก่อนหน้าแล้ว
- ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับสำเนาเอกสารการให้อนุญาตนี้
- ข้าพเจ้าลงนามในเอกสารอนุญาตนี้โดยสมัครใจ และการรักษา การชำระเงิน หรือสิทธิ์ในการรับประโยชน์ภายใต้โปรแกรมนี้ของข้าพเจ้าจะไม่สามารถดำเนินการได้ หากข้าพเจ้ายังไม่ลงนามในเอกสารอนุญาตนี้
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบุคคลที่ทราบข้อมูลหรือรายงานที่ข้าพเจ้าได้อนุญาตให้เปิดเผย จะไม่ใช่ต่อไปหรือเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์นี้ ยกเว้นหากได้รับการอนุญาตจากข้าพเจ้า หรือหากได้รับคำสั่งหรือการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวตามกฎหมาย

ลายเซ็น: _____ วันที่: _____

หากเอกสารฉบับนี้ไม่ได้ลงนามโดยผู้ป่วย กรุณาระบุสถานะผู้มีอำนาจในการลงนาม

พ่อแม่ของผู้เยาว์ ผู้ปกครอง คู่สมรส ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

กรุณาระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงนามได้: _____

พยาน: ข้าพเจ้ารู้จักบุคคลที่ลงนามในเอกสารฉบับนี้ และข้าพเจ้าทราบข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนี้ดี (หากลายเซ็นเป็น "X" หรืออ่านไม่ออก หรือมีอักษรที่ไม่ใช่อักษรโรมัน)

ลายเซ็นพยาน: _____ วันที่: _____

ที่อยู่: _____ เมือง/รหัสไปรษณีย์: _____

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.

Дата: _____

ДАНИ ПРО ПАЦІЄНТА (Округ заповнює цей розділ)

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПАЦІЄНТА:

ДАТА НАРОДЖЕННЯ
ПАЦІЄНТА:

CLIENT INDEX NUMBER (CIN):

Вельмишановний лікар _____

Будь ласка заповніть і поверніть заяву, наведену нижче, до округу не пізніше за _____ відносно Вашого пацієнта, дані котрого наведені вище, для того щоб ми могли встановити чи має він чи вона право на участь у програмі Medi-Cal. Будь ласка скористуйтеся адресованим конвертом з передплаченою поштовою пересилкою. Ви також можете повернути цю форму до нас факсом чи електронною поштою, як це наведено нижче. Ваш пацієнт надав дозвіл на надання цих даних нам. Дозвіл пацієнта додано до листа.

Підпис робітника округу: _____ Дата: _____

Ім'я та прізвище робітника округу печатними літерами: _____

Номер телефону: _____ Номер факсу: _____

Адреса електронної пошти робітника округу: _____

ДАНИ ЛІКАРЯ

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЛІКАРЯ
ПЕЧАТНИМИ ЛІТЕРАМИ:

ДАТА:

ТЕЛЕФОН:

ЕЛЕКТРОННА АДРЕСА:

За даними мого обстеження мій пацієнт (моя пацієнтка) _____ скоріш за все буде потребувати догляду на рівні установи з доглядом за літніми або хронічно хворими особами щонайменше 30 днів підряд, якщо він чи вона не буде отримувати вдома послуги з догляду або підтримки, які дозволять йому чи їй безпечно проживати в домашніх умовах. Мій пацієнт (моя пацієнтка) почала вперше потребувати цих послуг на рівні спеціального догляду _____ та продовжує потребувати цих послуг з цієї дати.

Відповідно до законів Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія та під загрозою покарання за невірне свідчення, я заявляю, що інформація, яка міститься в цій верифікації лікаря, є правильною та відповідає дійсності.

ПІДПИС ЛІКАРЯ:

Дата:

Я, що підписався нижче _____ цим надаю дозвіл лікареві _____ передати мою медичну інформацію, що є в цій формі, до Округу _____ з метою встановлення мого права на отримання пільг за програмою Medi-Cal.

- Я надаю дозвіл на використання або розголошення моєї індивідуально визначеної медичної інформації, як описано вище, для зазначеної мети.
- Я маю право відкликати цей дозвіл на розкриття моєї інформації. Якщо я підписую цей дозвіл на використання або розкриття інформації, я можу відкликати його в будь-який час. Відкликання має бути зроблено в письмовій формі та не буде впливати на інформацію, яка вже була використана або розкрита.
- Я маю право отримати копію цього дозволу.
- Я підписую цей дозвіл добровільно, та лікування, оплата або моє право на отримання пільг за цією програмою може бути неможливим, якщо я не підпишу цей дозвіл.
- Я також розумію, що особа, яка отримає записи та інформацію відповідно до цього дозволу, не зможе додатково використовувати або розкривати медичну інформацію, якщо інший дозвіл не надано мною, або у разі коли таке розголошення вимагається або дозволено законом.

ПІДПИС: _____ ДАТА: _____

Якщо не підписано пацієнтом, чию інформацію буде розкрито, вкажіть рівень повноважень на надання підпису:

Батько неповнолітньої дитини Опікун Дружина або чоловік Повноважний представник

Поясніть відношення людини та пацієнта та чому пацієнт неспроможний надати свій підпис:

СВІДОК: Мені відома людина, що підписує цю форму, або мене задовольняє посвідчення цієї особи: (якщо замість підпису стоїть X, його важко прочитати або якщо він має незахідні літери)

Підпис свідка: _____ Дата: _____

Повна адреса: _____ Місто/поштовий індекс: _____

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.

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: _____



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:

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.