

1

အစီအစဉ်၌ ပါဝင်ရန် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်

ကျွန်ုပ် _____ အနေနှင့် Health Home အစီအစဉ်တွင် ဖော်ပြပါနှင့်အတူ ပါဝင်ရန် သဘောတူလက်ခံပါသည် - _____
အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူ၏ ပုံနှိပ်အမည် Health Home ခေါင်းဆောင်၏ ပုံနှိပ်အမည်

အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူ သို့မဟုတ် အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူ၏ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ် နေ့စွဲ

2

သတင်းအချက်အလက် မျှဝေရန် သဘောတူခွင့်ပြုချက်

သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များသည် ပုဂ္ဂိုလ်ရေးသီးသန့်အရာများဖြစ်ပြီး၊ သင် သဘောတူထားသော အခြေအနေမှလွှဲ၍ သို့မဟုတ် Washington ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖယ်ဒရယ်ဥပဒေများအရ အချက်အလက်များအား မျှဝေရန် ခွင့်ပြုထားသော အခြေအနေမှလွှဲ၍ ၎င်းအချက်အလက်များအား အခြားသူများထံသို့ ပေးအပ်ခြင်း မပြုနိုင်ပေ။ သင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ရရှိ တွေ့ မြင်နိုင်သည့် ထောက်ပံ့သူများ/လက်တွဲဖော်ပါတနာများတို့သည် ဤဥပဒေများအားလုံးအား လိုက်နာရမည် ဖြစ်သည်။ အထူးသဖြင့် သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ကွန်ပျူတာစနစ်ပေါ်၌ သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းဖြင့် ထားရှိထားလျှင် ဖြစ်သည်။ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက် အမျိုးအစား အားလုံးအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိသည့် ဥပဒေများအပြင် အချို့သော ဥပဒေများမှာမူ လိင်ဆက်ဆံမှုမှတစ်ဆင့် ကူးစက်သည့် ရောဂါများ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး ကုသမှုများ နှင့် မူးယစ်ဆေးဝါး/အရက်သေစာ စွဲလန်းသုံးစွဲမှု အခြေအနေများတို့နှင့် ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို အဓိကထား ကာကွယ်ပေးသည်။

ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ Health Home အစီအစဉ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအား စီမံဆောင်ရွက်ရန်အတွက် ဤလျှောက်လွှာဖောင်ပေါ်တွင် စာရင်းပြုစေပြီးထားသည့် ထောက်ပံ့သူများ/လက်တွဲဖော်ပါတနာများတို့ထံမှ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ အားလုံးကို ရယူနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် Health Home အစီအစဉ် နှင့် ဤလျှောက်လွှာဖောင်ပေါ်တွင် စာရင်းပြုစေပြီးထားသည့် ထောက်ပံ့သူများ/ပါတနာများတို့သည် တစ်ဦးနှင့်တစ်ဦးအကြား၊ ထို့ပြင် ကျွန်ုပ်၏ ကုသစောင့်ရှောက်မှုအား စီမံရာ၌ ပါဝင်သက်ဆိုင်နေသည့် အခြားသော ထောက်ပံ့သူများ/ပါတနာများတို့အကြား ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို မျှဝေခြင်း ပြုလုပ်ကောင်း ပြုလုပ်ရန်အတွက်လည်း ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာဖောင်သည် ယခင်က ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့ဖူးသည့် အခြားသော Health Home အစီအစဉ်၌ ပါဝင်ရန် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် နှင့် သတင်းအချက်အလက်များ မျှဝေရန် သဘောတူခွင့်ပြုချက် လျှောက်လွှာဖောင်များ မှန်သမျှတို့၏နေရာတွင် အစားထိုးရန်အတွက်ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ် ဆန္ဒ ပြောင်းလဲသွားပါက Health Home အစီအစဉ်၌ ပါဝင်မှုမှ ထွက်ခွာခြင်း/ပြင်းဆန်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ လျှောက်လွှာဖောင်ကို လက်မှတ်ရေးထိုး၍ ၎င်းလျှောက်လွှာဖောင်အား ကျွန်ုပ်၏ Health Home သို့ ပေးအပ်ခြင်းအားဖြင့် မည်သည့်အချိန်၌မဆို ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်အား ရုတ်သိမ်းနိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြုပြီး မှတ်သားရန်မှာ - အကယ်၍ သင့် ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများတွင် အောက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များ တစ်စုံတစ်ရာ ပါဝင်ပါက သင့်အနေနှင့် ဤမှတ်တမ်းများအား ပါဝင်စေရန်အတွက် ဤအပိုင်းအားလည်း ဖြည့်စွက်ပေးရမည် ဖြစ်သည်။
(ကျေးဇူးပြုပြီး သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံး၏ ဘေးတွင် လက်မှတ်တို့ ရေးထိုးပေးပါ) နှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များအား ဖွင့်ဟရန် ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်အား ကျွန်ုပ် ပေးအပ်ပါသည် -

_____ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာကျန်းမာရေး _____ HIV/AIDS နှင့် STD စစ်ဆေးမှု ရလဒ်များ၊ ရောဂါရှာဖွေဖော်ထုတ်မှု သို့မဟုတ် ကုသမှု

မှတ်သားရန် - အရက်သေစာ သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါး စွဲလန်းမှုအား ကုသမှုနှင့်ပတ်သက်သည့် လျှို့ဝှက်ထိန်းသိမ်းရမည်ဖြစ်သော အချက်အလက်များအား ထုတ်ပြန်ရန်အတွက် ခွင့်ပြုချက်ပေးရာတွင်မူ သင့်အနေနှင့် သီးခြား မူးယစ်ဆေးဝါး/အရက်သေစာ စွဲလန်းသုံးစွဲမှု (SUD) ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အချက်အလက်များ ထုတ်ပြန်ချက် (ROI) လျှောက်လွှာဖောင်အား ဖြည့်စွက်ပေးရမည် ဖြစ်သည်။ အောက်တွင် သင့်တော်ရာ ရွေးချယ်မှု၌ ကျေးဇူးပြုပြီး လက်မှတ်တို့ရေးထိုးပေးပါ။

ဤ ခွင့်ပြုချက်သည် တရားဝင်သည် - _____ ကျွန်ုပ်၏ Health Home မှ ဤအစီအစဉ်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ မှတ်တမ်းများအား လိုအပ်နေသရွေ့၊ သို့မဟုတ် _____ ဖော်ပြပါမတိုင်မီအထိ - _____
နေ့စွဲ သို့မဟုတ် ဖြစ်စဉ်

ကျွန်ုပ်အနေနှင့် စာရေးသားလျှောက်ထားခြင်းအားဖြင့် မည်သည့်အချိန်၌မဆို ဤခွင့်ပြုချက်အား ဖျက်သိမ်း သို့မဟုတ် ရုတ်သိမ်းမှု ဆောင်ရွက်ကောင်း ဆောင်ရွက်နိုင်မည် ဖြစ်သည်။ သို့သော်လည်း မျှဝေထားပြီးဖြစ်သည့် အချက်အလက် မှန်သမျှအပေါ် သို့ သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပေ။ ဤလျှောက်လွှာဖောင် မိတ္တူသည် မှတ်တမ်းများ မျှဝေရန် ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်အား ထောက်ပံ့ပေးသည်။

အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူ၏ ပုံနှိပ်အမည် အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူ၏ မွေးနေ့

အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူ သို့မဟုတ် အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူ၏ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ် နေ့စွဲ

တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ ပုံနှိပ်အမည် (အကယ်၍ သက်ဆိုင်လျှင်) တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်နှင့် အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူတို့၏ ဆက်သွယ်ပုံ

သင့် ထောက်ပံ့သူများ/လက်တွဲဖော်ပါတနာများတို့အား စာမျက်နှာ ၂ တွင် စာရင်းပြုစေပြီးပေးပါ။
၆၁၀

အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူ အချက်အလက်များအား မျှဝေခြင်း နှင့် ခွင့်ပြုချက် လုပ်ငန်းစဉ်တို့နှင့်ပတ်သက်သည့် အသေးစိတ်အချက်အလက်များ -

1. ထောက်ပံ့သူများ/လက်တွဲဖော်ပါတနာများတို့သည် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များအား မည်သို့ အသုံးပြုမည်နည်း။

ထောက်ပံ့သူများ/လက်တွဲဖော်ပါတနာများတို့သည် သင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအား အဆင်ပြေစေရန် နှင့် ကူညီစီမံပေးရန်အတွက်သာ သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား အသုံးပြုမည် ဖြစ်ပါသည်။

2. ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား မည်သည့်နေရာမှ ရရှိသနည်း။

သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များသည် သင့်အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးခဲ့သည့် နေရာများ နှင့် ပုဂ္ဂိုလ်များ၊ သို့မဟုတ် ယခင် ကျန်းမာရေးအာမခံထံမှ ရရှိသော အချက်အလက်များ ဖြစ်ပါသည်။ ဤတွင် ဆေးရုံများ၊ ဆရာဝန်များ၊ ဆေးဆိုင်များ၊ ဓာတ်ခွဲခန်းများ၊ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များ၊ Washington Apple Health (Medicaid) အစီအစဉ် နှင့် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များအား မျှဝေသည့် အခြားသော အုပ်စုများ အစရှိသည်တို့ ပါဝင်ကောင်း ပါဝင်ပေမည်။ သင်၏ စောင့်ရှောက်မှု စီမံဆောင်ရွက်ပေးသူထံသို့ ခေါ်ဆိုခြင်းအားဖြင့် ၎င်းနေရာများ နှင့် ပုဂ္ဂိုလ်များ အားလုံး၏ စာရင်းအား သင် ရရှိနိုင်ပါသည်။

3. ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ မည်သို့ မျှဝေနိုင်ကြောင်းနှင့် ပတ်သက်ပြီး မည်သည့် ဥပဒေများ နှင့် စည်းမျဉ်းများ ချမှတ်ထားခြင်း ရှိသနည်း။

သင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအား ကာကွယ်ပေးသည့် ဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများတို့တွင် Washington ပြဌာန်းချက်အတွင်းမှ အခန်း 70.02 RCW ၊ ဖယ်ဒရယ် ကျန်းမာရေး အာမခံဆိုင်ရာ ရွှေ့ပြောင်းနိုင်စွမ်းနှင့် တာဝန်ယူနိုင်စွမ်းဆိုင်ရာ အတိတ်ဥပဒေ ("HIPAA") နှင့် ဖယ်ဒရယ် စည်းမျဉ်း 42 CFR အပိုင်း 2 တို့ ပါဝင်ပါသည်။

4. အကယ်၍ ကျွန်ုပ် သဘောတူလက်ခံခဲ့လျှင် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များအား မည်သူများမှ ရယူ၊ တွေ့ မြင်နိုင်သနည်း။

သင့် အချက်အလက်များအား ရယူ၊ တွေ့ မြင်ရန် သင် သဘောတူခွင့်ပြုထားသည့် ထောက်ပံ့သူများ/လက်တွဲဖော်ပါတနာများတို့သည် သင့် အချက်အလက်များအား ရယူ သို့မဟုတ် တွေ့ မြင်နိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ တို့ပြင် သက်ဆိုင်ရာ ဥပဒေများမှ ခွင့်ပြုသည့်အခါတွင်လည်း အချက်အလက်များအား ရယူ သို့မဟုတ် တွေ့ မြင်နိုင်ပါသည်။ ဥပမာဆိုလျှင် သင်၏ ပုံမှန် ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့သူ မဟုတ်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးထံမှ၊ ဥပမာအားဖြင့် အသစ်သော ဆေးဆိုင်၊ ဆေးရုံ သို့မဟုတ် အခြားသော ထောက်ပံ့သူထံမှ စောင့်ရှောက်မှုအား သင် ရယူသည့်အခါတွင် သင့် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်မှ ပေးချေပေးသည့်အရာများ သို့မဟုတ် သင့် Health Home ထောက်ပံ့သူ၏ အမည် အစရှိသည်ကဲ့သို့ အချို့သော အချက်အလက်များအား ၎င်းတို့ထံ ပေးအပ်ရနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့မှ တွေ့ မြင်နိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ အချက်အလက်များအား ရရှိနိုင်သူနှင့်ပတ်သက်သည့် နောက်ထပ်သော အချက်အလက်များအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးစောင့်ထိန်းမှုဆိုင်ရာ အလေ့အကျင့်များ သတိပေးချက်အား ကြည့်ရှုပါ။

5. အကယ်၍ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များအား အသုံးပြုခဲ့ပြီး ကျွန်ုပ်မှ ၎င်းတို့အား အသုံးပြုရန် ခွင့်ပြုထားခြင်း မရှိလျှင် မည်သို့ ဖြစ်မည်နည်း။

အကယ်၍ တစ်စုံတစ်ဦးသည် သင့် အချက်အလက်များအား မသင့်တင့်စွာ အသုံးပြုနေသည်ဟု သင် ယူဆလျှင် သင်၏ အမှု စီမံဆောင်ရွက်သူ သို့မဟုတ် HCA ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့မှု အသုံးပြုသူဝန်ဆောင်မှု စင်တာ (MACSC) ၏ အခွန်အခမဲ့ ဖုန်းနံပါတ်ထံ 1-800-562-3022 (TRS: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

6. လျှောက်လွှာဖောင်ပေါ်မှ ထောက်ပံ့သူများ/လက်တွဲဖော်ပါတနာများတို့၏ စာရင်းအား ကျွန်ုပ် မည်သို့ အပြောင်းအလဲ ပြုလုပ်နိုင်မည်နည်း။

ထောက်ပံ့သူ/ပါတနာ အချက်အလက်များအား ပေါင်းထည့်ပြီး၊ ပေါင်းထည့်မှု၏ ဘေးနားရှိ "အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူမှ ခွင့်ပြုချက်ပေးအပ်ခြင်း" ကော်လံများအား ဖြည့်စွက်ပေးခြင်းအားဖြင့် မည်သည့်အချိန်၌မဆို စာရင်းထဲသို့ နာမည်အသစ်များ သင် ပေါင်းထည့်နိုင်ပါသည်။ ယခင်က ပေါင်းထည့်ထားသည့် ထောက်ပံ့သူ/ပါတနာ၏ ဘေးနားရှိ "အကျိုးအမြတ်ခံစားခွင့်ရှိသူမှ ခွင့်ပြုချက် ရုတ်သိမ်းခြင်း" ကော်လံများအား ဖြည့်စွက်ခြင်းအားဖြင့် သင် ဆက်လက်ထည့်သွင်းလိုခြင်းမရှိတော့သော တစ်စုံတစ်ဦးအား ပယ်ဖျက်နိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။

7. နောက်ပိုင်း ကျွန်ုပ် ဆန္ဒ ပြောင်းလဲသွားပြီး ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်အား ရုတ်သိမ်းလိုပါက မည်သို့ဆောင်ရွက်ရမည်နည်း။

Health Home အစီအစဉ်၌ ပါဝင်မှုမှ ထွက်ခွာခြင်း/ငြင်းဆန်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ လျှောက်လွှာဖောင်အား လက်မှတ်ရေးထိုး၍ ၎င်းလျှောက်လွှာဖောင်အား သင်၏ စောင့်ရှောက်မှု စီမံဆောင်ရွက်သူထံသို့ ပေးအပ်ခြင်းအားဖြင့် မည်သည့်အချိန်၌မဆို သင့် ခွင့်ပြုချက်အား ရုတ်သိမ်းနိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာဖောင်အား အွန်လိုင်းပေါ်တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် HCA ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့မှု အသုံးပြုသူဝန်ဆောင်မှု စင်တာ (MACSC) ၏ အခွန်အခမဲ့ ဖုန်းနံပါတ်ထံ 1-800-562-3022 (TRS: 711) သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းအားဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ သင် ဆန္ဒရှိလျှင် သင်၏ စောင့်ရှောက်မှု စီမံဆောင်ရွက်သူမှ ဤလျှောက်လွှာဖောင်အား ကူညီ ဖြည့်စွက်ပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။

မှတ်သားရန်- အကယ်၍ သင်၏ ခွင့်ပြုချက်အား ဖျက်သိမ်းရန် သင် ဆုံးဖြတ်ခဲ့လျှင် သင့် အချက်အလက်များအား ရရှိထားပြီးဖြစ်သည့် ထောက်ပံ့သူများမှာမူ သင့်ထံသို့ သင့် အချက်အလက်များအား ပြန်လည်ပေးအပ်ရန် မလိုအပ်ပေ။ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့၏ မှတ်တမ်းများထဲမှ ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပေ။

8. ဤ Health Home အစီအစဉ်၌ ပါဝင်ရန် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက် နှင့် သတင်းအချက်အလက်များ မျှဝေရန် သဘောတူခွင့်ပြုချက် လျှောက်လွှာဖောင် မိတ္တူအား ကျွန်ုပ် မည်သည့်အချိန်တွင် ရရှိမည်နည်း။

၎င်းအား လက်မှတ်ရေးထိုးပြီးသည့်နောက်တွင် လျှောက်လွှာဖောင် မိတ္တူတစ်စောင်အား သင် ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။