

ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਬਾਰੇ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਹਿਮਤੀ (Health Home Participation Authorization and Information Sharing Consent)

1

ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਸਬੰਧੀ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ

ਮੈਂ, _____, ਨਾਲ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ
ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ _____ ਹੋਮ ਹੈਲਥ ਆਗੂ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ _____

ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਜਾਂ ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਤਾਰੀਖ

2

ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਹਿਮਤੀ

ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿਜੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਲਾਗੂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਜਾਂ ਢੁਕਵੇਂ ਫੈਡਰਲ ਕਾਨੂੰਨ ਹੇਠ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਵੇਖ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੰਪਿਊਟਰ ਸਿਸਟਮ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਹੈ। ਹਰ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤੋਂ ਅਲਾਵਾ, ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਾਨੂੰਨ ਜਿਨਸੀ ਸੰਪਰਕਾਂ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੇ-ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਵਿਗਾੜ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵੱਡੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ ਤੋਂ ਮੇਰੀ ਸਾਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਮੇਰੀ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਵੀ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਸੰਭਾਲ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਰਨਾਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਬਾਰੇ ਅਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮੇ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਹਿਮਤੀ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਰਮਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ 'ਤੇ ਮੈਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਣ/ਸੇਵਾਵਾਂ ਖ਼ਾਰਜ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਆਪਣੇ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਨੂੰ ਦੇਕੇ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਕੇ ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ ਦੇ ਐਨ ਸਾਹਮਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ):

_____ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ _____ HIV/AIDS ਅਤੇ STD ਦੇ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ, ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ ਦੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਸ਼ੀਲੇ-ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਵਿਗਾੜ (SUD) ਬਾਰੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ (ROI) ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਵੱਖਰੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਢੁਕਵੀਂ ਚੋਣ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ।

ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਵੈਧ ਹੈ: _____ ਜਦ ਤੱਕ ਮੇਰੇ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਮੇਰੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ; ਜਾਂ

_____ ਜਦ ਤੱਕ _____
ਤਾਰੀਖ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ

ਮੈਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਪਰ ਉਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ। ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ, ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਆਗਿਆ ਸਮਝਿਆ ਜਾਏ।

ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ _____

ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਦੀ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ _____

ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਜਾਂ ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਤਾਰੀਖ

ਕ੍ਰੀਨਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)
ਸਫ਼ਾ ਦਿੰਦੇ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ।

ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਨਾਲ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਰਿਸ਼ਤਾ

ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਸਬੰਧੀ ਕਾਰਵਾਈ ਬਾਰੇ ਵੇਰਵੇ:

1. ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਗੇ?

ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਗੇ।

2. ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿੱਥੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ?

ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਹਨਾਂ ਥਾਵਾਂ ਅਤੇ ਲੋਕਾਂ ਤੋਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਦਿੱਤੀ ਸੀ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲ, ਡਾਕਟਰ, ਫਾਰਮੇਸੀਆਂ, ਲੈਬੋਰੇਟਰੀਆਂ, ਸਿਹਤ-ਪਲਾਨ, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ (Medicaid) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਸਮੂਹ, ਜੋ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸੰਭਾਲ-ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀਆਂ ਥਾਵਾਂ ਅਤੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

3. ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਕਿਹੜੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਤੇ ਨੇਮਾਂ ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਂਦੀ ਹੈ?

ਕਾਨੂੰਨ ਅਤੇ ਨੇਮ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰਾਖੀ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਵਿੱਚ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਆਰਡੀਨੈਂਸ ਵਿੱਚ 70.02 RCW, ਫੈਡਰਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪੋਰਟੇਬਿਲਿਟੀ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਕਾਨੂੰਨ ("HIPAA") ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਨੇਮ 42 CFR ਹਿੱਸਾ 2 ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ।

4. ਜੇ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੌਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਅਤੇ ਵੇਖ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹੈ?

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਵੇਖ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਕਿ ਇਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਵੇਖੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਆਗਿਆ ਅਨੁਸਾਰ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਵੇਖੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਤੋਂ ਸੰਭਾਲ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਆਮ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਫਾਰਮੇਸੀ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਦੂਜਾ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ, ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਕਿਸ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦਾ ਨਾਂ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਵਲੋਂ ਵੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੌਣ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਾਂ ਬਾਰੇ ਸਾਡਾ ਨੋਟਿਸ ਵੇਖੋ।

5. ਜੇ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਲੋਂ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਅਢਕੂਰੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਕੇਸ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਟੇਲ-ਫ੍ਰੀ ਲਾਈਨ 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ HCA ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਸੈਂਟਰ (MACSC) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

6. ਮੈਂ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਕਿਵੇਂ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰਾਂ?

ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਨਵੇਂ ਨਾਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਐਨ ਸਾਹਮਣੇ "ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਨੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ" ਕਾਲਮ ਭਰੋ। ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ/ਭਾਈਵਾਲ ਦੇ ਐਨ ਸਾਹਮਣੇ ਵਾਲੇ ਕਾਲਮ "ਲਾਭ-ਪਾਤਰ ਨੇ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲਈ ਹੈ" ਨੂੰ ਭਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ਖਸ ਨੂੰ ਹਟਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ।

7. ਜੇ ਮੈਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ - ਬਾਹਰ ਹੋਣ/ਸੇਵਾਵਾਂ ਖਾਰਜ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਹ ਆਪਣੇ ਸੰਭਾਲ-ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ ਨੂੰ ਦਿਓ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਆਨਲਾਈਨ ਜਾਂ ਟੇਲ-ਫ੍ਰੀ ਲਾਈਨ 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ HCA ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਸੈਂਟਰ (MACSC) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸੰਭਾਲ-ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜਿਹੜੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹ ਇਸ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਕੱਢ ਦਿੰਦੇ ਹਨ।

8. ਮੈਨੂੰ ਹੈਲਥ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਬਾਰੇ ਅਖਤਿਆਰਨਾਮੇ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਕਦੋਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ?

ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।