

# مشارکت در برنامه خانه سلامت (Health Home) (انصراف از/عدم پذیرش خدمات)

## مشخصات متقاضی

1

نام مشتری	تاریخ تولد	شماره شناسایی ارائه دهنده یک
مدیر خانه سلامت (Health Home Lead) واجد شرایط	سازمان هماهنگی مراقبت‌ها	
سازمان مراقبت‌های مدیریت شده (MCO, Managed Care Organization) (در موارد مربوط)		
من یک طرح اقدام بهداشتی (HAP, Health Action Plan) را تکمیل کرده‌ام	من یک طرح اقدام بهداشتی (HAP, Health Action Plan) را تکمیل نکرده‌ام	
<ul style="list-style-type: none"><li>• برنامه خانه سلامت برای من توضیح داده شده و من تصمیم گرفته‌ام در این برنامه مشارکت نکنم.</li><li>• من درک می‌کنم که همچنان سایر خدمات (Apple Health (Medicaid) را دریافت خواهم کرد.</li><li>• اگر در آینده به خدمات برنامه خانه سلامت نیاز داشته باشم، می‌توانم با این شماره تماس بگیرم: 1-800-562-3022 (TRS: 711)</li></ul>		
<b>به این دلیل از پذیرش خدمات امتناع می‌کنم که:</b>		
مزایا و خدمات فعلی من برایم کافی است.	برای نیازهای مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی‌ام، به هیچ کمکی احتیاج ندارم.	
من با استفاده از این مزیت یا برنامه راحت نیستم.	سایر توضیحات	

## حفاظت از اطلاعات بهداشتی شما

2

- هنگامی که از خدمات خانه سلامت انصراف می‌دهید، لازم است نکات مهم زیر را درک کنید:
- هرگونه فرم رضایت برای اشتراک‌گذاری اطلاعات خانه سلامت که قبلاً امضا شده است دیگر معتبر نیست.
  - اطلاعات بهداشتی شما توسط ارائه‌دهندگان/همکارانی که در حال حاضر آنها را در اختیار دارند، نگهداری خواهد شد. آنها ملزم نیستند آن اطلاعات را به شما برگردانند یا از سوابق خود حذف کنند.
  - با این وجود، از اطلاعات بهداشتی شخصی شما همچنان بر اساس قوانین و مقررات فدرال و ایالت واشنگتن محافظت خواهد شد. این قوانین و مقررات شامل قوانین محرمانگی ایالت واشنگتن و فدرال، RCW 70.02، RCW 70.24.105، RCW 71.05.630، قانون اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی یکپارچه، 42 CFR 2.31(5) و 45 CFR قسمت 160 و 164 است، که قوانینی هستند که «HIPAA» و «بخش 42 CFR قسمت 2» نامیده می‌شوند. هیچ‌کس نمی‌تواند هیچ‌گونه اطلاعات بهداشتی جدیدی را درباره شما به دست آورد. اطلاعاتی که از قبل با دیگران به اشتراک گذاشته شده به شما برگردانده نخواهد شد.
  - اگر فکر می‌کنید شخصی از اطلاعات شما استفاده می‌کرده در حالی که شما موافقت نکرده بودید که به او اجازه استفاده از اطلاعات خود را بدهید، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود یا خدمات مشتریان Apple Health به شماره‌های زیر تماس بگیرید: 1-800-562-3022 (TRS: 711)

امضای مشتری یا نماینده مجاز (در موارد مربوط)

تاریخ امضا

نام نماینده مجاز با حروف بزرگ و خوانا (در موارد مربوط)

### هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خانه سلامت

4

من درباره برنامه خانه سلامت با مشتری یا نماینده مجاز او گفتگو کردم. مزایا برای وی توضیح داده شد و او در نهایت تصمیم گرفت در برنامه خانه سلامت مشارکت نکند یا به مشارکت خود در این برنامه پایان دهد.

امضای هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها یا نماینده تیم هماهنگی

تاریخ امضا

نام هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها یا نماینده تیم هماهنگی

### دستورالعمل‌های هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها یا نماینده تیم هماهنگی

5

هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها یا نماینده تیم هماهنگی مسئول موارد زیر است:

- مستندسازی درخواست مشتری برای انصراف از/عدم‌پذیرش خدمات، هم در این فرم و هم در پرونده مشتری.
- درج امضا در قسمت *امضای هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها* یا نماینده تیم هماهنگی پس از تکمیل فرم. اگر درخواست مشتری برای انصراف از/عدم‌پذیرش خدمات از طریق تلفن انجام شود، لازم نیست مشتری این فرم را امضا کند و هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها یا نماینده تیم هماهنگی باید درخواست را به نمایندگی از مشتری مستندسازی کند.
- ارائه یک کپی از فرم، به‌صورت حضوری یا از طریق پست، به مشتری.
- حصول اطمینان از اینکه یک کپی از فرم به مدیر خانه سلامت یا MCO واجد شرایط ارائه شده است.

### دستورالعمل‌های مدیر خانه سلامت یا MCO واجد شرایط

6

مدیر خانه سلامت یا MCO واجد شرایط باید این فرم و سند را به‌منظور ارسال ماهانه به اداره مراقبت‌های بهداشتی، در «دفتر فرم‌های انصراف از برنامه خانه سلامت» ثبت کنند.