Washington State Health Care Authority
Medicaid

Health Home – Форма информированного отзыва

Специалист Health Home
Подписывая эту форму, я сообщаю, что я не хочу больше участвовать в программе Health Home. Так как я больше не буду принимать участия в программе Health Home, я отзываю мое разрешение, данное Health Home в отношении обмена моей личной информацией относительно состояния здоровья со специалистами и другими уполномоченными лицами в рамках программы Health Home. Я понимаю, что те специалисты/ партнеры, у которых уже есть мои данные, не должны возвращать мне их обратно или удалять из своих архивов. Я понимаю, что информация о состоянии моего здоровья будет защищена в соответствии с законодательством штата Вашингтон и федеральным законодательством и нормативными актами.. Специалистры/ партнеры Health Home, в настоящее время владеющие моей информацией, должны соблюдать положения этих законодательств. Я также понимаю, что завершение моего участия в программе Health Home, не окажет влияние на получения мной медицинских услуг ли других прямых услуг. Любые Формы информированного согласия Health Home, подписанные мной, настоящим отзываются

Имя получателя Medicaid	Дата рождения	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ProviderOne
Личная подпись получателя или подпись его законного опекуна (если применимо)	Дата подписи	
Напечатать имя законного опекуна (если применимо)	Дата подписи	Отношения законного опекуна к получателю услуг

Qualified Health Plans должен отправить отсканированную копию этой формы в защищенном письме в HCA по адресу:
hcamcprograms@hca.wa.gov в течение одного рабочего дня после ее получения

Информация о получателе и отзыв процесса информированного согласия

1. **Что произойдет с информацией о состоянии моего здоровья?**
   Информация о состоянии вашего здоровья будет храниться специалистами/ партнерами, у которых она уже есть. Они должны быть защищены законами штата Вашингтон и федеральным законодательством.

2. **Какие законы и нормативные акты указывают на то, как моя информация должна раскрываться?**
   Эти законы и нормативные акты включают правила о конфиденциальности штата Вашингтон и федеральный закон о конфиденциальности RCW 71.05.630, RCW70.24.105, 42 CFR 2.31(a)(5), в том числе 45 CFR Parts 160 и 164, являющиеся нормативными актами, касающимися “HIPAA,” и 42 CFR Part 2.

3. **Кто может получать или изучать мою информацию после подачи отзыва о моем согласии?**
   Никто не может получать какую-либо информацию о вас, но информация, которая уже была раскрыта, не может быть отозвана. Те лица, которые могут видеть информацию о состоянии вашего здоровья, которая уже была раскрыта — это те лица, которые входили в состав Health Home до отзыва вашего согласия, например, врачи, медсестры, и другие люди, работающие на Health Home в качестве партнеров, и которые были вовлечены в уход за вами. Если вы получаете уход от человека, который не является вашим специалистом или врачом, например, новый фармаколог, больница, или другой специалист, он сможет получить доступ к той информации, которая ему нужна для оказания услуг, например, плану вашего медицинского страхования или к имению вашего специалиста Health Home.

4. **Что если кто-то, кому я не давал разрешения, сможет использовать мою информацию?**
   Если вы считаете, что кто-то использовал вашу информацию, а вы не давали ему разрешения, позвоните своему координатору или в Центр обслуживания клиентов Medicaid (MACSC) по номеру горячей линии: 1-800-562-3022 (TTY: 1-800-848-5429)

5. **В течение какого срока будет действовать отзыв моего согласия?**
   Отзыв вашего согласия будет действовать, пока вы снова не подпишите Форму информированного согласия для участия в программе Health Home или не позвоните в Центр обслуживания клиентов Medicaid (MACSC) по телефону горячей линии: 1-800-562-3022 (TTY: 1-800-848-5429).

6. **Что если я изменю свое решение и захочу участвовать в программе Health Home и захочу, чтобы моя информация предоставлялась другим лицам?**
   Если вы измените свое решение, сообщите своему координатору или бывшему координатору Health Home о том, что вы заинтересованы снова участвовать в программе Health Home.

7. **Как я могу получить копию этой формы?**
   После того, как вы подпишите форму Информированного согласия, попросите, чтобы вам предоставили ее копию.