

1 ໃບອະນຸຍາດສໍາລັບການເຂົ້າຮ່ວມ

ຂ້າພະເຈົ້າ, _____, ເຫັນພ້ອມນໍາທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Health Home ນໍາ _____
ຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດ ຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ນໍາພາຂອງ Health Home

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດ ຫລື ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດ _____
ວັນທີ _____

2 ໃບຟອມຍິນຍອມແລກປ່ຽນລາຍຮະອຽດ

ລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານແມ່ນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ແລະ ບໍ່ສາມາດຖືກເອົາໃຫ້ຄົນອື່ນນອກຈາກວ່າທ່ານຕົກລົງເຫັນພ້ອມນໍາ ຫລື ວ່າກົດໝາຍຂອງລັດວິຊິງຕັນ ຫລື ຂອງລັດຖະບານກາງອະນຸຍາດໃຫ້ລາຍຮະອຽດທີ່ຈະຖືກແລກປ່ຽນກັນໄດ້. ທ່ານຫມໍ້/ຜູ້ເຮັດວຽກຮ່ວມກັນຜູ້ທີ່ສາມາດເອົາມາ ຫລື ເຜິ່ງລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍເຫລົ່ານີ້ທຸກໆຢ່າງ. ອັນນີ້ຈະເປັນຄວາມຈິງຖ້າຫາກວ່າລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະບົບຄອມພິວເຕີ ຫລື ຢູ່ໃນເອກສານ. ນອກຈາກກົດໝາຍທີ່ໃຊ້ກ່ຽວກັບລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທຸກໆຊະນິດ, ກົດໝາຍສະເພາະເຈາະຈົງຈະເອົາການປ້ອງກັນລາຍຮະອຽດທີ່ເຊ່ງຄັດທີ່ສຸດຊຶ່ງກ່ຽວພັນນໍາພະຍາດຖ່າຍທອດທາງເພດ, ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບໂຮກຈິດ, ແລະ ໂຮກການໃຊ້ຢາເສບຕິດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນພ້ອມນໍາ ວ່າ ໂຄງການ Health Home ຂອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເອົາລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທຸກໆຢ່າງຈາກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ ເພື່ອຈະປະສານງານການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຫັນພ້ອມນໍາອີກວ່າໂຄງການ Health Home ແລະ ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ອາດຈະແລກປ່ຽນລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້ານໍາກັນ ແລະ ກັນ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານຄົນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາໃນການກໍານົດນໍາການປິ່ນປົວໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າໃບຟອມຍິນຍອມໃບນີ້ໃຊ້ເພື່ອການອະນຸຍາດການເຂົ້າຮ່ວມນໍາໂຄງການ Health Home ແລະການຍິນຍອມໃຫ້ມີການແລກປ່ຽນລາຍຮະອຽດໃບອື່ນໆທຸກໆໃບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ມາກ່ອນ. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເອົາຄໍາຍິນຍອມຄືນໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມ **ການບໍລິການຖອນຕົວອອກ/ປະຕິເສດໃນການເຂົ້າຮ່ວມນໍາ Health Home (Health Home Participation-Opt-Out/Decline Services)** ແລະ ເອົາໃຫ້ໂຄງການ Health Home ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ກະຊຸນາສັງເກດ: ຖ້າຫາກວ່າບັນທຶກສຸຂະພາບຂອງທ່ານລວມເອົາລາຍຮະອຽດຕໍ່ລົງໄປນັ້ນໃນແຜນວຽກ, ທ່ານຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ຂຽນພາກສ່ວນນີ້ເພື່ອຈະລວມເອົາບັນທຶກເຫລົ່ານີ້ເຂົ້າໃສ່ນໍາ.

ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຄໍາອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ເປີດເຜີຍລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບ (ກະຊຸນາເຊັນຊື່ໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວ ຂ້ອງນໍາ):

_____ ສຸຂະພາບໂຮກຈິດ _____ ຜົນອອກມາຂອງການກວດເບິ່ງ, ການວິຈິຍ, ຫລືການປິ່ນປົວພະຍາດ HIV/AIDS ແລະ STD

ຫມາຍເຫດ: ເພື່ອຈະໃຫ້ຄໍາອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍລາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວເຫລົ່າ ຫລື ຢາເສບຕິດທີ່ເປັນຄວາມລັບທ່ານຕ້ອງໄດ້ຂຽນປະກອບໃບຟອມການເປີດເຜີຍລາຍຮະອຽດ (ROI) ສໍາລັບການປິ່ນປົວໂຮກຢາເສບຕິດ (SUD) (Release of Information (ROI) for Substance Use Disorder (SUD) Services).

ກະຊຸນາເຊັນຊື່ໃສ່ທາງເລືອກທີ່ເຫມາະສົມຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ໃບຟອມຍິນຍອມໃບນີ້ມີຜິດໃຊ້ໄດ້: _____ ນານເຫີນານທີ່ໂຄງການ Health Home ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບໂຄງການອັນນີ້, ຫລື _____ ຈົນກວ່າ _____
ວັນທີຫລືເຫດການ _____

ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຍົກເລີກ ຫລື ຖອນໃບຍິນຍອມໃບນີ້ໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍທາງລາຍລັກອັກສອນ, ແຕ່ວ່າຈະອັນນັ້ນຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງລາຍຮະອຽດຕ່າງໆທີ່ຖືກແລກປ່ຽນກັນແລ້ວ. ໂກປີຂອງຟອມໃບນີ້ຈະໃຫ້ຄໍາອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແລກປ່ຽນບັນທຶກນໍາກັນ.

ຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດ _____ ຂຽນວັນເກີດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດ _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດ ຫລື ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດ _____ ວັນທີ _____

ຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນໍາ) _____ ຄວາມສັມພັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຕໍ່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດ _____
ຂຽນລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານໃສ່ຫນ້າສອງ ຫລື ຂຽນລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານໃສ່ຫນ້າສອງ.

ລາຍຮອດກ່ຽວກັບການແລກປ່ຽນລາຍຮອດ ແລະ ການດຳເນີນການຍືນຍອມຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ:

1. ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານຈະໃຊ້ລາຍຮອດຂອງອົງປະກອບໃດ?

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານຈະໃຊ້ລາຍຮອດສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອຈະປະສານງານ ແລະ ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຄວບຄຸມກຳກັບການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

2. ລາຍຮອດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງອົງປະກອບມາຈາກໃສ?

ລາຍຮອດສຸຂະພາບຂອງທ່ານມາຈາກສະຖານທີ່ຕ່າງໆ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ເອົາການປົວສຸຂະພາບ ຫລື ປະກັນພັຍສຸຂະພາບໃຫ້ທ່ານໃນຜ່ານມາ. ສະຖານທີ່ເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະລວມເອົາໂຮງພະຍາບານ, ທ່ານໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ, ຫ້ອງວິໄຈ, ໂຄງການສຸຂະພາບ, ໂຄງການ Washington Apple Health (Medicaid) ແລະ ກຸ່ມອື່ນໆທີ່ແລກປ່ຽນລາຍຮອດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ. ທ່ານສາມາດເອົາລາຍຊື່ຂອງສະຖານທີ່ທຸກໆບ່ອນ ແລະ ທຸກໆຄົນໂດຍການໂທຫາຜູ້ປະສານງານການປົວຂອງທ່ານ

3. ກົດໝາຍ ແລະ ກົດຮະບຽບແນວໃດແດ່ທີ່ຊຸມກັນວ່າລາຍຮອດສຸຂະພາບຂອງອົງປະກອບສາມາດຖືກແລກປ່ຽນກັນໄດ້ແນວໃດ?

ກົດໝາຍ ແລະ ກົດບັນຍັດທີ່ປ້ອງກັນລາຍຮອດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານລວມເອົາ Chapter 70.02 RCW ຢູ່ໃນກົດບັນຍັດ Washington statute, ກົດໝາຍ Health Insurance Portability and Accountability Act (“HIPAA”), ຂອງຣັດຖະບານກາງ, ແລະ ກົດຮະບຽບຂອງຣັດຖະບານກາງ 42 CFR Part 2.

4. ຖ້າຫາກວ່າອົງປະກອບເຫັນພ້ອມນຳ, ແມ່ນໃຜແດ່ສາມາດໄດ້ ແລະ ເບິ່ງລາຍຮອດຂອງອົງປະກອບເຈົ້າ?

ລາຍຮອດຂອງທ່ານຈະຖືກເກັບກຳເອົາມາຫລື ເຫັນໂດຍຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ /ເພື່ອນຮ່ວມງານຜູ້ທີ່ທ່ານຕົກລົງເຫັນພ້ອມໃຫ້ເອົາມາ ຫລື ເບິ່ງໄດ້.ລາຍຮອດຍັງສາມາດຖືກເອົາມາໄດ້ ຫລື ເບິ່ງໄດ້ເມື່ອເວລາຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ. ຕົວຢ່າງວ່າ, ເມື່ອເວລາທ່ານໄດ້ຮັບການປົວຈາກບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນທ່ານໝໍ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຕາມປົກກະຕິຂອງທ່ານ, ເຊັ່ນວ່າຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ໂຫມ່, ໂຮງພະຍາບານ, ຫລື ຜູ້ບໍລິການຄົນໃຫມ່, ລາຍຮອດບາງຢ່າງ, ເຊັ່ນວ່າສິ່ງທີ່ໂຄງການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈ່າຍເງິນໃຫ້ ແລະ ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ Health Home ຂອງທ່ານ,ອາດຈະຖືກເອົາໃຫ້ເອົາເຈົ້າ ແລະ ຖືກເຫັນໂດຍເອົາເຈົ້າ. ເພື່ອລາຍຮອດເພີ່ມເຕີມວ່າແມ່ນໃຜແດ່ສາມາດໄດ້ຮັບລາຍຮອດ, ຈິ່ງເບິ່ງໃບຜັງການກ່ຽວກັບພາກປະຕິບັດຄວາມລັບສ່ວນຕົວ (Notice of Privacy Practices) ຂອງພວກເຮົາ.

5. ຖ້າຫາກວ່າຄົນນຶ່ງໃຊ້ລາຍຮອດຂອງອົງປະກອບເຈົ້າ ແລະ ອົງປະກອບເຈົ້າບໍ່ໄດ້ເຫັນພ້ອມນຳທີ່ຈະໃຫ້ເອົາເຈົ້າໃຊ້ມັນແດ່?

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຄິດວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໃຊ້ລາຍຮອດຂອງທ່ານ, ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ເຫັນພ້ອມທີ່ຈະເອົາລາຍຮອດຂອງທ່ານໃຫ້ຄົນນັ້ນ, ໃຫ້ໂທຫາຜູ້ປະສານງານເອກສານຂອງທ່ານ ຫລື ໂທຫາສູນກາງ HCA Medical Assistance Customer Service Center (MACSC) ເລກໂທຟຣີໄດ້ທີ່ເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

6. ອົງປະກອບຈະທຳການປ່ຽນແປງໃສ່ ລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານຢູ່ໃນໃບຟອມໄດ້ແນວໃດ?

ທ່ານສາມາດຕື່ມຊື່ໃໝ່ເຂົ້າໃສ່ໃນລາຍຊື່ໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການຕື່ມລາຍຮອດຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານ ແລະ ການຂຽນປະກອບແຖວ “ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃຫ້ຄຳຍືນຍອມ” ຕໍ່ຈາກການເພີ່ມເຕີມໃສ່. ທ່ານສາມາດຂີດຂ້າຄົນໃດຄົນນຶ່ງອອກທີ່ທ່ານບໍ່ປະສົງຢາກໃຫ້ລວມເຂົ້າໃສ່ນຳໂດຍການຂຽນປະກອບແຖວຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຄຳຍືນຍອມຕໍ່ຈາກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ຖືກຕື່ມເຂົ້າແຕ່ກ່ອນ.

7. ຖ້າຫາກວ່າອົງປະກອບປ່ຽນໃຈຂອງອົງປະກອບໃນພາຍຫລັງ ແລະ ຢາກເອົາຄຳຍືນຍອມຂອງອົງປະກອບເຈົ້າຄືນແດ່?

ທ່ານສາມາດຍົກເລີກຄຳຍືນຍອມຂອງທ່ານໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມ Health Home Participation - Opt-Out/Decline Services ແລະ ເອົາໃຫ້ຜູ້ປະສານງານການປົວຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາໃບຟອມນີ້ໄດ້ທາງອອນລາຍນ໌ ຫລືໂດຍການໂທຫາສູນກາງ HCA Medical Assistance Customer Service Center (MACSC) ເລກໂທຟຣີໄດ້ທີ່ເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711). ຜູ້ປະສານງານການປົວຂອງທ່ານຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຂຽນປະກອບໃບຟອມໃບນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການ.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຍົກເລີກຄຳຍືນຍອມຂອງທ່ານ,ຜູ້ບໍລິການຜູ້ທີ່ມີລາຍຮອດຂອງທ່ານແລ້ວບໍ່ຕ້ອງໄດ້ເອົາລາຍຮອດສິ່ງຄືນໃຫ້ທ່ານຫລືເອົາອອກຈາກບັນທຶກຂອງເອົາເຈົ້າ.

8. ເມື່ອໃດອົງປະກອບເຈົ້າຈະໄດ້ໂກບຂອງໃບຟອມອະນຸຍາດສຳລັບການເອົາຮ່ວມ ແລະ ໃບຟອມຍືນຍອມໃຫ້ມີການແລກປ່ຽນລາຍຮອດຂອງ Health Home ໃບນີ້?

ທ່ານຈະໄດ້ໂກບຂອງໃບຟອມຫລັງຈາກທີ່ທ່ານເຊັນແລ້ວ.