

Разрешение на участие и согласие на передачу личной информации в рамках программы Health Home

1

Разрешение на участие

Я, _____, согласен (-на) участвовать в программе Health Home с _____
Имя и фамилия получателя услуг, печатными буквами
Название/Имя ведущей организации/
специалиста Health Home, печатными буквами

Подпись получателя услуг или уполномоченного представителя получателя услуг

Дата

2

Согласие на передачу личной информации

Информация о состоянии вашего здоровья является конфиденциальной и не может предоставляться другим лицам кроме тех случаев, если вы дадите на это свое согласие или если она подлежит раскрытию согласно законодательству штата Вашингтон или федеральным законам США. Поставщики услуг/партнеры, которые имеют право на получение и изучение вашей информации, должны соблюдать положения этого законодательства. Это касается информации о состоянии вашего здоровья, хранящейся в компьютерных файлах или в бумажном виде. В дополнение к законам, применимым к любой информации о состоянии здоровья, конкретные законы предоставляют расширенную защиту информации, относящейся к заболеваниям, передающимся половым путем, терапии психических заболеваний и расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ.

Я согласен (-на) с тем, что программа Health Home может получать любую информацию о состоянии моего здоровья от поставщиков услуг/партнеров, указанных в настоящей форме, для координации ухода за мной. Я также согласен (-на) с тем, что программа Health Home и поставщики услуг/партнеры, указанные в настоящей форме, равно как и другие поставщики услуг/партнеры, управляющие моим уходом, могут обмениваться информацией о состоянии моего здоровья. Я понимаю, что настоящая форма замещает собой другие формы Разрешения на участие и согласия на передачу личной информации в рамках программы Health Home, которые я уже подписывал (-а) ранее. Я могу изменить свое решение и отозвать свое согласие в любое время, подписав форму «**Участие в программе Health Home — решение о выходе из программы/отказе от услуг**» (Health Home Participation-Opt-Out/Decline Services) и предоставив ее моему координатору Health Home.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если ваша документация включает любое из нижеуказанного, то для включения этих пунктов вам также необходимо заполнить следующий раздел.

Я разрешаю раскрытие информации о следующем (отметьте все, что применимо):

_____ Психическое здоровье _____ ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем, а также диагнозы и документы о лечении этих заболеваний

Примечание: Чтобы дать разрешение на раскрытие конфиденциальной информации в отношении лечения алкоголизма или наркотической зависимости, вам необходимо заполнить отдельную форму **Согласия на раскрытие информации об услугах по лечению расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ (Release of Information (ROI) for Substance Use Disorder (SUD) Services)**.

Пожалуйста, поставьте ваши инициалы около пунктов, перечисленных ниже.

Это согласие действительно: _____ в течение всего периода, на протяжении которого Health Home может понадобиться моя информация для нужд этой программы, или

_____ до _____
дата или событие

Я могу в любое время в письменной форме отозвать или отменить это согласие, но это не окажет воздействия на информацию, которая была раскрыта. Копия этой формы содержит мое разрешение на передачу информации.

Фамилия и имя получателя услуг (печатными буквами)

Дата рождения получателя услуг

Подпись получателя услуг или уполномоченного представителя получателя услуг

Дата

Фамилия и имя уполномоченного представителя, печатными буквами (если применимо)

Кем приходится уполномоченный представитель получателю услуг

Перечислите ваших поставщиков услуг/партнеров на второй странице.

Подробная информация об обмене данными получателя услуг и процессе информированного согласия:

1. Как поставщики услуг/партнеры будут использовать мою информацию?

Поставщики услуг/партнеры будут использовать информацию о состоянии вашего здоровья для координации и более качественного управления вашим уходом.

2. Откуда поступает информация о состоянии моего здоровья?

Информация о состоянии вашего здоровья поступает из организаций и от лиц, которые обеспечивали уход за вами, или из программ медицинского страхования, которыми вы пользовались в прошлом. Такими организациями/лицами могут являться: больницы, врачи, аптеки, лаборатории, планы медицинского страхования, программа Washington Apple Health (Medicaid) и иные группы организаций/лиц, которые обмениваются информацией о состоянии здоровья. Вы можете получить список всех этих организаций и лиц, позвонив своему координатору ухода.

3. Какие законы и правила регулируют обмен информацией о моем здоровье?

Законы и правила, которые защищают информацию о состоянии вашего здоровья, включают в себя Главу 70.02 RCW Закона штата Вашингтон (Chapter 70.02 RCW in Washington statute), федеральный Закон об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и федеральный нормативный акт 42 CFR Часть 2.

4. Если я дам свое согласие, кто сможет получать и просматривать мою информацию?

Вашу информацию могут получать или просматривать поставщики услуг/партнеры, которым вы разрешили доступ к вашей информации и ее просмотр. Информацию также можно получать или просматривать в тех случаях, когда это разрешено соответствующим законодательством. Например, если вы получаете обслуживание от лица/организации, которое (-ая) не является вашим обычным поставщиком услуг или врачом, например, в новой аптеке, больнице, или от другого поставщика услуг, этот поставщик услуг может получить или просмотреть некоторую информацию, например, какие услуги оплачиваются вашим планом, или имя вашего поставщика услуг в рамках программы Health Home. Для получения более подробной информации о том, кто может получить доступ к вашей информации, см. наше Уведомление о правилах обращения с конфиденциальной информацией (Notice of Privacy Practices).

5. Что, если кто-то, кому я не давал (-а) разрешения, сможет использовать мою информацию?

Если вы считаете, что кто-то неправомерно использовал вашу информацию, позвоните своему координатору или в Центр поддержки и обслуживания клиентов HCA (MACSC) по бесплатному номеру 1-800-562-3022 (для слабослышащих: 711).

6. Как я могу вносить изменения в список поставщиков услуг/партнеров в этой форме?

Вы можете добавлять новые имена/названия поставщиков услуг в список в любое время, путем указания данных поставщика услуг/партнера и заполнения столбцов «Получатель услуг дает согласие» рядом с добавленной информацией. Вы также можете удалять данные поставщиков услуг, которых вы более не хотите видеть в списке, заполнив столбцы «Получатель услуг отзывает согласие» рядом с информацией ранее добавленного в список поставщика услуг/партнера.

7. Что, если я изменю решение и захочу отозвать мое согласие?

Вы можете отозвать свое согласие в любое время, подписав форму «Участие в программе Health Home — решение о выходе из программы/отказе от услуг» (Health Home Participation - Opt-Out/Decline Services) и передав ее вашему координатору ухода. Вы можете найти эту форму онлайн по ссылке или получить ее, позвонив в Центр поддержки и обслуживания клиентов HCA (MACSC) по бесплатному телефону 1-800-562-3022 (для слабослышащих: 711). Если вы захотите, ваш координатор поможет вам заполнить форму.

Примечание: Даже если вы захотите отозвать свое согласие, поставщики услуг, у которых уже есть данные о вас, не обязаны передавать их вам или удалять из своего архива.

8. Когда я получу копию этой формы Разрешения на участие и согласия на передачу личной информации в рамках программы Health Home?

Вы можете получить копию формы после того, как подпишете ее.