

Згода на участь у програмі Health Home та на розкриття інформації

1

Згода на участь

Я, _____, даю згоду на участь у програмі Health Home з _____
Ім'я та прізвище учасника друкуючими літерами Ім'я та прізвище координатора програми Health Home

Підпис учасника або офіційного представника учасника

Дата

2

Згода на розкриття інформації

Ваша медична інформація є приватною; вона може передаватися іншим виключно з вашого дозволу або згідно із застосовними регіональними (штат Вашингтон) або федеральними законами. Постачальники послуг/партнери, які можуть отримати та побачити вашу медичну інформацію, повинні дотримуватися цих законів. Ця вимога діє стосовно інформації, що міститься в комп'ютерній системі або викладена на папері. Окрім законів, застосовних до будь-якої медичної інформації, також передбачені спеціальні закони, що забезпечують суворіший захист інформації, яка стосується хвороб, що передаються статевим шляхом, а також лікування психічних розладів/станів та розладів, що викликані зловживанням психоактивних речовин.

Я погоджуюсь із тим, що працівники програми Health Home можуть отримувати будь-яку медичну інформацію від постачальників послуг/партнерів, зазначених у цій формі, щоб ефективно координувати догляд за мною. Я також погоджуюсь із тим, що програма Health Home та постачальники послуг/партнери, перелічені у цій формі, можуть передавати мою медичну інформацію одне одному, а також іншим постачальникам послуг/партнерам у рамках забезпечення догляду за мною. Я розумію, що ця форма заміняє будь-які інші форми згоди на участь у програмі Health Home та на розкриття інформації, що я міг(могла) їх підписати раніше. Я можу передумати та відкликати свою згоду в будь-який час, підписавши форму **Участь у програмі Health Home – відмова від послуг** та передавши її працівникам програми Health Home.

ПАМ'ЯТАЙТЕ! Якщо ваша медична інформація також містить інформацію, що відноситься до будь-якого з наступних типів, ви мусите заповнити цей розділ, щоб поширити згоду на цю інформацію.

Я даю дозвіл на розкриття інформації про (відмітьте ініціалами все, що вас стосується):

_____ Психічне здоров'я _____ Результати аналізів на ВІЛ/СНІД та ХПСШ, а також діагнози та лікування

Пам'ятайте: щоб надати дозвіл на розкриття конфіденційної інформації про лікування від алкогольної або наркотичної залежності, ви маєте заповнити окрему форму **Розкриття інформації (ROI) щодо розладів, викликаних зловживанням психоактивних речовин (SUD)**.

Ініціалами відмітьте відповідні варіанти, наведені нижче.

Ця згода є дійсною: _____ весь час, протягом якого співробітники програми Health Home матимуть потребу в моїх даних для реалізації програми; або

_____ до _____
дата або подія

Я можу відкликати або анулювати цю згоду в будь-який час у письмовій формі, але такий відклик або анулювання не стосуватиметься вже розкритої інформації. Копія цієї форми надає дозвіл від мене на розкриття інформації.

Ім'я та прізвище учасника друкуючими літерами

Дата народження учасника

Підпис учасника або офіційного представника учасника

Дата

Ім'я та прізвище офіційного представника друкуючими літерами (за наявності)

Відношення офіційного представника до учасника

Наведіть ваших постачальників послуг/партнерів на другій сторінці.

Ім'я та прізвище учасника Health Home друкованими літерами

Наведіть імена/назви постачальників послуг/партнерів, що беруть участь у програмі	Учасник дає згоду		Учасник відкликає згоду	
	Дата (ММ/ДД/РРРР)	Ініціали	Дата (ММ/ДД/РРРР)	Ініціали
Колишня організація з координування догляду (ССО)/координатор				
Колишня організація ССО/координатор				

Дата щорічного перегляду згоди (ММ/ДД/РРРР)	Координатор догляду	Підпис координатора догляду

Згода на розкриття інформації має містити стор. 1 форми Згоди на участь у програмі Health Home та на розкриття інформації, наявність якої підтверджує офіційний дозвіл на розкриття інформації, яка стосується зазначеного вище учасника.

Додаткова інформація щодо розкриття інформації учасника та, власне, процесу розкриття інформації:

1. Яким чином постачальники послуг/партнери використовуватимуть мою інформацію?

Постачальники послуг/партнери використають вашу медичну інформацію у рамках заходів із координації та допомоги з організацією медичного догляду за вами.

2. З яких джерел надходить моя медична інформація?

Ваша медична інформація надходить із місць та від осіб, які забезпечували вам медичний догляд або медичне страхування в минулому. Такими місцями/особами можуть бути: лікарні, лікарі, аптеки, лабораторії, плани медичного страхування, програма Washington Apple Health (Medicaid), а також інші групи, що надають інформацію. Ви можете отримати повний перелік місць та осіб, зателефонувавши вашому координаторові з догляду.

3. За якими правилами може відбуватися розкриття/передання моєї медичної інформації?

За правилами законів та положень, що захищають вашу медичну інформацію, якими є розділ 70.02 RCW Статуту штату Вашингтон, федеральний Закон про безперервність дій та прозорість медичного страхування (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"), та федеральне положення 42 CFR Part 2.

4. Якщо я надам згоду, хто може отримати та переглянути мою інформацію?

Вашу інформацію можуть отримати та переглянути постачальники послуг/партнери, визначені за вашою згодою. Інформація також може бути отримана та переглянута, якщо це передбачається застосовними законами. Приміром, якщо ви отримуєте догляд від особи/організації, яка не є вашим регулярним лікарем або постачальником послуг; приміром, це може бути нова аптека, лікарня або інший постачальник послуг, яким надається певна інформація, наприклад, за що платить ваш план медичного обслуговування, назва вашого постачальника медичних послуг у програмі Health Home тощо. Додаткова інформація щодо того, хто може мати доступ до вашої медичної інформації, наведена в нашому Сповідненні про політику конфіденційності.

5. Що робити, якщо моя інформація стане доступною особі, якій я не давав(-ла) згоди на доступ/перегляд?

Якщо ви вважаєте, що та чи інша особа використала вашу інформацію невідповідним чином, зателефонуйте вашому координаторові або до Служби допомоги клієнтам Управління охорони здоров'я з питань, пов'язаних із медичною допомогою (HCA Medical Assistance Customer Service Center, MACSC), на безкоштовний номер 1-800-562-3022 (TRS: 711).

6. Яким чином я можу внести зміни до переліку постачальників послуг/партнерів, що зазначені у формі?

Ви можете додати нові імена/назви до переліку в будь-який час, додавши дані постачальника послуг/партнера і заповнивши стовпчики «Учасник дає дозвіл» поруч із доданою інформацією. Ви також можете видалити зі списку постачальника послуг/партнера, якого ви більше не хочете в ньому бачити, заповнивши стовпчики «Відкликання згоди учасником» поруч із раніше доданим постачальником послуг/партнером.

7. Якщо я передумаю та забажаю відкликати згоду?

Ви можете анулювати вашу згоду в будь-який час, підписавши форму Участь у програмі Health Home – відмова від послуг та передавши її координаторові догляду. Цю форму можна завантажити онлайн або звернутися по її до Служби допомоги клієнтам Управління охорони здоров'я з питань, пов'язаних із медичною допомогою (HCA Medical Assistance Customer Service Center, MACSC), зателефонувавши на безкоштовний номер 1-800-562-3022 (TRS: 711). Ваш координатор догляду допоможе вам із заповненням цієї форми, якщо ви забажаєте.

Пам'ятайте! Якщо ви забажаєте відкликати згоду про розкриття інформації, постачальники послуг, що вже мають вашу інформацію, не зобов'язані повертати її вам або видаляти її із своєї бази.

8. Коли я зможу отримати копію цієї згоди на участь у програмі Health Home та на розкриття інформації?

Коли я зможу отримати копію цієї згоди на участь у програмі Health Home та на розкриття інформації?