

Sự Cho Phép Tham Gia và Việc Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin Chương Trình Health Home

1

Sự Cho Phép Tham Gia

Tôi, _____, đồng ý tham gia chương trình Health Home cùng với _____
Viết in tên người thụ hưởng
Viết in tên Lãnh Đạo Chương Trình Health Home

Chữ ký của người thụ hưởng hoặc đại diện hợp pháp của người thụ hưởng

Ngày

2

Việc Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin

Thông tin sức khỏe của quý vị là riêng tư và không thể cung cấp cho những người khác trừ khi quý vị đồng ý hoặc các luật hiện hành của liên bang hoặc Tiểu Bang Washington cho phép thông tin được chia sẻ. Các nhà cung cấp/đối tác có thể nhận và xem thông tin sức khỏe của quý vị đều phải tuân thủ tất cả các luật này. Việc này đúng nếu thông tin sức khỏe của quý vị có trong hệ thống máy tính hoặc trên giấy. Ngoài các luật áp dụng cho tất cả các loại thông tin sức khỏe, các luật cụ thể quy định việc bảo vệ nhiều hơn đối với thông tin có liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, điều trị sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện.

Tôi đồng ý rằng chương trình Health Home của tôi có thể có được tất cả thông tin sức khỏe của tôi từ các nhà cung cấp/đối tác được liệt kê trong mẫu đơn này để phối hợp việc chăm sóc của tôi. Tôi cũng đồng ý rằng Health Home và các nhà cung cấp/đối tác được liệt kê trong mẫu đơn này có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với nhau và các nhà cung cấp/đối tác khác có liên quan đến việc quản lý chăm sóc của tôi. Tôi hiểu mẫu đơn này được thay thế cho bất kỳ mẫu đơn Sự Cho Phép Tham Gia và Việc Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin Chương Trình Health Home nào khác mà tôi có thể đã ký trước đây. Tôi có thể thay đổi ý kiến và lấy lại đơn đồng ý của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách ký vào một mẫu đơn **Quyết Định Không Tham Gia Chương Trình Health Home/Từ Chối Các Dịch Vụ** và gửi đến chương trình Health Home của mình.

XIN LƯU Ý: Nếu các hồ sơ sức khỏe của quý vị bao gồm bất kỳ thông tin nào sau đây, quý vị cũng phải hoàn tất mục này để bao gồm các hồ sơ này.

Tôi cho phép tiết lộ thông tin sau đây về các kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hoặc điều trị (xin đặt chữ viết tắt kế bên tất cả mục thích hợp):

_____ Sức khỏe tâm thần _____ HIV/AIDS và STD

Lưu ý: Để đồng ý việc tiết lộ thông tin mật về cai nghiện rượu bia và ma túy, quý vị phải hoàn tất một mẫu đơn riêng biệt về **Tiết Lộ Thông Tin (ROI) về Các Dịch Vụ Điều Trị Rối Loạn Do Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (SUD)**.

Xin viết tắt sự chọn lựa thích hợp dưới đây.

Việc đồng ý này hợp lệ: _____ miễn là chương trình Health Home của tôi cần hồ sơ cho chương trình này; hoặc
_____ cho đến khi _____
ngày hoặc sự kiện

Tôi có thể hủy bỏ hoặc rút lại việc đồng ý này vào bất kỳ lúc nào bằng văn bản, nhưng điều đó sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ. Một bản sao của mẫu đơn này đưa ra việc tôi cho phép chia sẻ các hồ sơ.

Viết in tên người thụ hưởng

Ngày sinh của người thụ hưởng

Chữ ký của người thụ hưởng hoặc đại diện hợp pháp của người thụ hưởng

Ngày

Viết in tên người đại diện hợp pháp (nếu thích hợp)
Liệt kê các nhà cung cấp/đối tác ở trang hai.

Quan hệ của người đại diện hợp pháp với người thụ hưởng

Viết in tên người thụ hưởng chương trình Health Home

Liệt kê tên các nhà cung cấp/đối tác đang tham gia	Người thụ hưởng đồng ý		Người thụ hưởng hủy bỏ đồng ý	
	Ngày (MM/DD/YYYY)	Chữ ký tắt	Ngày (MM/DD/YYYY)	Chữ ký tắt
Tổ Chức Phối Hợp Chăm Sóc Trước Đây (CCO)/Lãnh đạo				
CCO Trước đây/Lãnh đạo				

Ngày tái xét đồng ý hàng năm (MM/DD/YYYY)	Tên điều phối viên chăm sóc	Chữ ký điều phối viên chăm sóc

Việc tiết lộ thông tin này nên đưa vào trang 1 của mẫu đơn *Sự Cho Phép Tham Gia và Việc Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin Chương Trình Health Home* nhằm cung cấp thẩm quyền hợp pháp để tiết lộ thông tin về người thụ hưởng được liệt kê trên đây.

Các chi tiết về thủ tục đồng ý và chia sẻ thông tin người thụ hưởng:

1. Các nhà cung cấp/đối tác sẽ sử dụng thông tin của tôi như thế nào?

Các nhà cung cấp/đối tác sẽ sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị để điều phối và trợ giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

2. Thông tin sức khỏe của tôi xuất phát từ đâu?

Thông tin sức khỏe của quý vị xuất phát từ các địa điểm và những người đã cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bảo hiểm y tế trong thời gian trước đây. Các nguồn này có thể bao gồm các bệnh viện, bác sĩ, nhà thuốc, phòng xét nghiệm, chương trình sức khỏe, chương trình Washington Apple Health (Medicaid) và các nhóm khác chia sẻ thông tin sức khỏe. Quý vị có thể nhận được một danh sách tất cả địa điểm và những người bằng cách gọi điều phối viên chăm sóc của quý vị.

3. Các luật lệ và quy định nào bao gồm cách thức có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi?

Các luật lệ và quy định bảo vệ thông tin sức khỏe của quý vị bao gồm Chương 70.02 RCW trong đạo luật Washington, Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Khả Năng Chuyển Đổi Bảo Hiểm Y Tế ("HIPAA") của liên bang và quy định liên bang 42 CFR Phần 2.

4. Nếu tôi đồng ý, ai có thể có được và xem thông tin của tôi?

Thông tin của quý vị có thể có được hoặc được xem bởi các nhà cung cấp/đối tác mà quý vị đồng ý, họ có thể có được và xem thông tin này. Thông tin cũng có thể có được hoặc được xem khi được các luật hiện hành cho phép. Ví dụ: Khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ một người không phải là bác sĩ thường khám bệnh hoặc nhà cung cấp của quý vị, chẳng hạn như một nhà thuốc, bệnh viện mới hoặc nhà cung cấp khác, một số thông tin, chẳng hạn như chương trình sức khỏe nào của quý vị chi trả hoặc tên nhà cung cấp của chương trình Health Home của quý vị, có thể được gửi đến cho họ hoặc được xem xét bởi họ. Để biết thêm thông tin về người nào có thể nhận được thông tin, hãy xem Thông Báo về Quyền Riêng Tư của chúng tôi.

5. Nếu một người sử dụng thông tin của tôi và tôi đã không đồng ý để họ sử dụng thì sao?

Nếu quý vị cho là một người đã sử dụng thông tin của mình không thích hợp, hãy gọi điều phối viên hồ sơ của quý vị hoặc gọi Trung Tâm Hỗ Trợ Dịch Vụ Khách Hàng Medicaid HCA (MACSC) theo đường dây gọi miễn phí số 1-800-562-3022 (TRS: 711).

6. Tôi thay đổi danh sách các nhà cung cấp/đối tác trong mẫu đơn như thế nào?

Quý vị có thể thêm các tên mới vào danh sách này bất kỳ lúc nào bằng cách thêm thông tin nhà cung cấp/đối tác và điền vào các cột "Người Thụ Hưởng Đồng Ý" kế bên phần bổ sung. Quý vị có thể xóa bỏ một người nào quý vị không còn muốn bao gồm bằng cách điền vào các cột "Người Thụ Hưởng Hủy Bỏ Đồng Ý" kế bên nhà cung cấp/đối tác đã được thêm vào trước đây.

7. Nếu tôi có thể thay đổi ý kiến và muốn lấy lại đơn đồng ý của mình thì sao?

Quý vị có thể hủy bỏ đồng ý của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách ký vào một mẫu đơn Quyết Định Không Tham Gia Chương Trình Health Home/Từ Chối Các Dịch Vụ và gửi đến Điều Phối Viên Chăm Sóc của quý vị. Quý vị có thể nhận mẫu đơn này trực tuyến hoặc bằng cách gọi Trung Tâm Hỗ Trợ Dịch Vụ Khách Hàng Medicaid HCA (MACSC) theo đường dây gọi miễn phí số 1-800-562-3022 (TRS:711). Điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ giúp quý vị điền vào mẫu đơn này nếu quý vị muốn.

Lưu ý: Nếu quý vị quyết định hủy bỏ đồng ý của mình, các nhà cung cấp đã có thông tin của quý vị, họ không phải trả lại thông tin của quý vị cho quý vị hoặc loại bỏ thông tin của quý vị ra khỏi hồ sơ của họ.

8. Tôi nhận được một bản sao mẫu đơn Sự Cho Phép Tham Gia và Việc Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin Chương Trình Health Home khi nào?

Quý vị có thể có một bản sao mẫu đơn này sau khi ký tên vào mẫu đơn.