

مشاركة Health Home (الخروج من/ إنهاء الخدمات)

معلومات مقدم الطلب

1

اسم العميل	تاريخ الميلاد	رقم هوية ProviderOne
مسؤول Health Home المؤهل	مؤسسة تنسيق الرعاية	
مؤسسة الرعاية المدارة (MCO) (حسب الاقتضاء)		

لم أستكمل خطة (HAP) Health Action Plan استكملت خطة (HAP) Health Action Plan

- تم شرح برنامج Health Home لي وقررت عدم المشاركة.
- أدرك إنني سأستمر في الحصول على خدمات (Medicaid) Apple Health.
- إن أردت الحصول على خدمات Health Home في المستقبل، يمكنني الاتصال بالرقم 1-800-562-3022 (هاتف ضعاف السمع: 711)

أنهيت الخدمة بسبب:

لا أحتاج لأية مساعدة في احتياجات الرعاية الصحية والطبية الخاصة بي

المزايا والخدمات الخاصة بي تناسبني.

سبب آخر
يرجى التوضيح

لست مرتاحًا بشأن استخدام هذه الميزة أو البرنامج.

حماية معلوماتك الصحية

2

عندما تنهي خدمات Health Home، من المهم أن تفهم المعلومات التالية:

- لم تعد أية نماذج خاصة بالموافقة على مشاركة معلومات Health Home تم توقيعها مسبقًا سارية.
- سيتم الاحتفاظ بمعلوماتك الصحية بواسطة مقدمي الخدمات/ الشركاء الذين لديهم معلوماتك بالفعل. ولا يتعين عليهم إعادتها لك أو حذفها من سجلاتهم.
- ما زالت معلوماتك الصحية الشخصية مؤمنة بموجب القوانين والقواعد الاتحادية وتلك السارية بولاية واشنطن. وتتضمن هذه القوانين واللوائح قواعد السرية الاتحادية وتلك السارية بولاية واشنطن، وقوانين واشنطن المعدلة أرقام 71.05.630، و70.24.105، و70.02، وقانون معلومات الرعاية الصحية الموحد، ولوائح الإجراءات المدنية 42 البند 2.31(أ)(5)، ويتضمن لوائح الإجراءات المدنية 45 الجزأين 160 و164، وهي القواعد المشار إليها على أنها "قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA)" ولوائح الإجراءات المدنية 42 الجزء رقم 2. ولا يمكن لأي شخص الحصول على أية معلومات صحية جديدة خاصة بك. ولن يتم إعادة المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل مع آخرين.
- إن اعتقدت أن أحد الأشخاص استخدم معلوماتك، ولا توافق على منح هذا الشخص تصريحًا باستخدام معلوماتك، يرجى الاتصال بمنسق الرعاية أو خدمة عملاء Apple Health على رقم الهاتف 1-800-562-3022 (هاتف ضعاف السمع: 711)

تاريخ التوقيع

توقيع العميل أو الممثل المفوض (حسب الاقتضاء)

اسم الممثل المفوض مطبوعًا (حسب الاقتضاء)

ناقشت برنامج Health Home مع العميل أو الممثل المفوض. وتم توضيح المزايا وقرر عدم المشاركة أو إنهاء مشاركته في Health Home.

تاريخ التوقيع

توقيع منسق الرعاية أو طاقم العمل المساعد

اسم منسق الرعاية وطاقم العمل المساعد

يتحمل منسق الرعاية أو طاقم العمل المساعد :

- توثيق طلب العميل بالخروج من الخدمات أو إنهاؤها، على هذا النموذج وفي ملف الحالة الخاص بالمريض.
- التوقيع في السطر الخاص بتوقيع منسق الرعاية أو طاقم العمل المساعد بعد استكمال النموذج. وإن طلب العميل الخروج من الخدمات أو إنهاؤها عبر الهاتف، لا يحتاج العميل إلى التوقيع على هذا النموذج ويجب على منسق الرعاية أو طاقم العمل المساعد توثيق الطلب بالنيابة عنه
- تسليم العميل نسخة من النموذج، باليد أو بالبريد.
- ضمان إرسال نسخة من النموذج إلى مسؤول Health Home المؤهل أو مؤسسة الرعاية المدارة (MCO).

يجب على مسؤول Health Home المؤهل أو مؤسسة (MCO) الرعاية المدارة الاحتفاظ بهذا النموذج وتوثيقه في سجل نموذج الخروج من خدمات Health Home، لإرساله إلى سلطة الرعاية الصحية بشكل شهري.