

# ការចូលរួមក្នុងផ្ទះសុខភាព (ការជ្រើសរើសមិនចូលរួម/បដិសេធសេវាកម្ម)

## 1 ព័ត៌មានអំពីបេក្ខជន

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត លេខ ID ProviderOne

ផ្ទះសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឈានមុខ អង្គភាពសម្របសម្រួលការថែទាំ

អង្គការការថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រង (MCO) (បើអាចអនុវត្តបាន)

ខ្ញុំបានបំពេញផែនការសកម្មភាពសុខភាព (HAP) ខ្ញុំមិនបានបំពេញផែនការសកម្មភាពសុខភាពទេ (HAP)

- កម្មវិធីផ្ទះសុខភាពត្រូវបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបានសម្រេចចិត្តថាមិនចូលរួមទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងបន្តទទួលបានសេវា Apple Health (Medicaid) ផ្សេងទៀតរបស់ខ្ញុំ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំចង់បានសេវាផ្ទះសុខភាពនាពេលអនាគត ខ្ញុំអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)

### ខ្ញុំកំពុងតែបដិសេធសេវាកម្ម ពីព្រោះ៖

អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម របស់ខ្ញុំ ធ្វើការឱ្យខ្ញុំ។	ខ្ញុំមិនត្រូវការជំនួយណាមួយជាមួយតម្រូវការ វេជ្ជកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងការថែទាំសុខភាពទេ។
ខ្ញុំមិនស្រឡាញ់ការប្រើ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មនេះទេ។	ការពន្យល់ ផ្សេងទៀត _____

## 2 ការការពារព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក

នៅពេលដែលអ្នកជ្រើសរើសចេញពីសេវាកម្មផ្ទះសុខភាព ព័ត៌មានខាងក្រោមគឺសំខាន់សម្រាប់ឱ្យអ្នកយល់ថា៖

- បែបបទព្រមព្រៀងចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទះសុខភាពដែលបានចុះហត្ថលេខាពីមុនណាមួយ លែងមានសុពលភាពទៀតហើយ។
- ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវរក្សាទុកដោយអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូដែលមានព័ត៌មានរបស់អ្នករួចហើយ។ ពួកគេមិនចាំបាច់ប្រគល់វា  
មកអ្នកវិញ ឬយកវាចេញពីកំណត់ត្រារបស់ពួកគេឡើយ។
- ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកណាមួយនឹងនៅតែត្រូវបានការពារក្រោមច្បាប់ និងវិធានរដ្ឋស៊ីនតោន និងសហព័ន្ធ។ ច្បាប់ និងបទបញ្ញត្តិ  
ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងច្បាប់កិច្ចការសម្ងាត់ RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, ច្បាប់ស្តីពីព័ត៌មានស្តីពីការថែទាំសុខភាពឯកសណ្ឋាន  
42 CFR 2.31(a)(5), រួមទាំង 45 CFR Parts 160 និង 164, ដែលគឺជាច្បាប់ដែលយោងទៅជា "HIPAA," និង 42 CFR ផ្នែកទី 2។ គ្មាននរណាម្នាក់  
អាចទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពថ្មីអំពីអ្នកទេ។ ព័ត៌មានដែលបានចែករំលែកជាមួយអ្នកដទៃហើយនឹងមិនត្រូវបានប្រគល់វិញទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកគិតថាបុគ្គលម្នាក់បានប្រើព័ត៌មានរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្របផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនោះប្រើព័ត៌មានរបស់អ្នក  
សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬសេវាកម្មជំងឺនៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ ឬតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ (បើអាចអនុវត្តបាន)

កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា

ឈ្មោះរបស់តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអក្សរពុម្ព (បើអាចអនុវត្តបាន)

ខ្ញុំបានពិភាក្សាពីកម្មវិធីផ្ទះសុខភាពជាមួយអ្នកជំងឺ ឬតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ។ អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានពន្យល់ ហើយពួកគេបានសម្រេចចិត្តមិនចូលរួម ឬបញ្ចប់ការចូលរួមរបស់ពួកគេនៅក្នុងផ្ទះសុខភាព។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកសម្របសម្រួល ឬបុគ្គលិកសម្ព័ន្ធ

កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា

ឈ្មោះរបស់អ្នកសម្របសម្រួល ឬបុគ្គលិកសម្ព័ន្ធ

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកសម្របសម្រួល ឬបុគ្គលិកសម្ព័ន្ធ

- ចងក្រងសំណើរបស់អ្នកជំងឺដើម្បីជ្រើសរើសមិនចូលរួម ឬបដិសេធសេវាកម្ម នៅលើបែបបទ និងនៅក្នុងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកជំងឺ។
- ចុះហត្ថលេខាលើបន្ទាត់ ហត្ថលេខារបស់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬបុគ្គលិកសម្ព័ន្ធ បន្ទាប់ពីបែបបទត្រូវបានបំពេញ។ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកជំងឺដើម្បីជ្រើសរើសមិនចូលរួមសេវាកម្មត្រូវបានធ្វើឡើងតាមទូរសព្ទ អ្នកជំងឺមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខា លើបែបបទនេះទេ ហើយអ្នកសម្របសម្រួល ឬបុគ្គលិកសម្ព័ន្ធការថែទាំត្រូវតែចងក្រងសំណើក្នុងនាមជាពួកគេ។
- ការផ្តល់ជូនអ្នកជំងឺនូវច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទនេះ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។
- សូមធានាថាផ្ទះសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឈានមុខ ឬ MCO ត្រូវផ្តល់ជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទនេះ។

ផ្ទះសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឈានមុខ ឬ MCO ត្រូវតែថែរក្សាបែបបទ និងឯកសារនៅលើ បញ្ជីបែបបទការជ្រើសរើសមិនចូលរួមក្នុងផ្ទះសុខភាព សម្រាប់ការដាក់ជូនប្រចាំខែដល់អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព។