

ການເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການສຸຂະພາບໃນເຮືອນ (ເລືອກອອກ/ປະຕິເສດການບໍລິການ)

1 ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໝັກ

ຊື່ລູກຄ້າ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກ ProviderOne ID _____

ຜູ້ນຳສຸຂະພາບໃນເຮືອນທີ່ຜ່ານເກນເງື່ອນໄຂ _____ ອົງການປະສານງານການດູແລສຸຂະພາບ _____

ອົງການການດູແລທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ (MCO) (ຖ້າມີ) _____

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສຳເລັດແຜນປະຕິບັດງານດ້ານສຸຂະພາບ (HAP) ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ສຳເລັດແຜນປະຕິບັດງານດ້ານສຸຂະພາບ (HAP)

- ມີຄົນໄດ້ອະທິບາຍກ່ຽວກັບໂຄງການສຸຂະພາບໃນເຮືອນໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ Apple Health (Medicaid) ປະເພດອື່ນໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການການບໍລິການສຸຂະພາບໃນເຮືອນໃນອະນາຄົດ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໂທຫາ: 1-800-562-3022 (TRS: 711)

ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງປະຕິເສດການບໍລິການເພາະ:

ສິດທິປະໂຫຍດ ແລະ ການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນໃຊ້ໄດ້ສຳລັບຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງໃນຄວາມຕ້ອງການການດູແລເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສະບາຍໃຈກັບການໃຊ້ສິດທິປະໂຫຍດ ຫຼື ໂຄງການນີ້.

ອື່ນໆ, ກະລຸນາອະທິບາຍ _____

2 ການປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

ເມື່ອທ່ານເລືອກອອກຈາກການບໍລິການສຸຂະພາບໃນເຮືອນ, ຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນສຳຄັນທີ່ທ່ານຕ້ອງເຂົ້າໃຈ:

- ແບບຟອມການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນໂຄງການສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນທີ່ເຊັນກ່ອນໜ້ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຜົນນຳໃຊ້ອີກຕໍ່ໄປ.
- ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ຜູ້ຮ່ວມມືທີ່ມີຂໍ້ມູນຂອງທ່ານແລ້ວ. ພວກເຂົາບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມອບມັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ ຫຼື ເອົາມັນອອກຈາກປະຫວັດບັນທຶກຂອງທ່ານ.
- ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານຈະຍັງຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງກົດໝາຍ ແລະ ກົດລະບຽບຂອງລັດວໍຊິງຕັນ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. ກົດໝາຍ ແລະ ລະບຽບການເຫຼົ່ານີ້ລວມເຖິງກົດລະບຽບການຮັກສາຄວາມລັບຂອງລັດວໍຊິງຕັນ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຂໍ້ມູນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ເປັນເອກະພາບ, 42 CFR 2.31(c)(5) ແລະ ລວມເຖິງ 45 CFR ພາກສ່ວນ 160 ແລະ 164, ເຊິ່ງເປັນກົດລະບຽບທີ່ຖືກອ້າງເຖິງໃນຊື່ “HIPAA” ແລະ 42 CFR ພາກສ່ວນ 2. ບໍ່ມີຜູ້ໃດສາມາດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສຸຂະພາບໃໝ່ໆກ່ຽວກັບທ່ານ. ຂໍ້ມູນທີ່ແບ່ງປັນກັບຄົນອື່ນແລ້ວແມ່ນຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຄືນມາ.
- ຖ້າທ່ານຄິດວ່າບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານບໍ່ເຫັນດີທີ່ໃຫ້ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເພື່ອນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາຜູ້ປະສານງານການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າ Apple Health ທີ່ໝາຍເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711)

ລາຍເຊັນລູກຄ້າ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອຳນາດ (ຖ້າມີ)

ວັນທີເຊັນ

ລະບຸຊື່ແຈ້ງຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອຳນາດ (ຖ້າມີ)

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສົນທະນາກ່ຽວກັບໂຄງການສຸຂະພາບໃນເຮືອນກັບລູກຄ້າ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອຳນາດ. ໄດ້ອະທິບາຍສິດທິປະໂຫຍດ ແລະ ພວກເຂົາຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ສິ້ນສຸດການເຂົ້າຮ່ວມຂອງພວກເຂົາໃນໂຄງການສຸຂະພາບໃນເຮືອນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປະສານງານການດູແລ ຫຼື ພະນັກງານທີ່ຢູ່ໃນເຄືອ

ວັນທີເຊັນ

ຊື່ຂອງຜູ້ປະສານງານການດູແລ ຫຼື ພະນັກງານທີ່ຢູ່ໃນເຄືອ

ຜູ້ປະສານງານການດູແລ ຫຼື ພະນັກງານທີ່ຢູ່ໃນເຄືອແມ່ນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບສຳລັບ:

- ການຈັດບັນທຶກຄຳຮ້ອງຂໍຂອງລູກຄ້າເພື່ອເລືອກອອກ ຫຼື ປະຕິເສດການບໍລິການໃສ່ແບບຟອມນີ້ ແລະ ໃນແຜ່ນກໍລະນີຂອງລູກຄ້າ.
- ເຊັນໃສ່ເສັ້ນລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປະສານງານການດູແລ ຫຼື ພະນັກງານທີ່ຢູ່ໃນເຄືອ ຫຼັງຈາກທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມຢ່າງຄົບຖ້ວນ. ຖ້າຄຳຮ້ອງຂໍຂອງລູກຄ້າເພື່ອເລືອກອອກ ຫຼື ປະຕິເສດການບໍລິການເກີດຂຶ້ນຜ່ານໂທລະສັບ, ລູກຄ້າບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຊັນໃສ່ແບບຟອມນີ້ ແລະ ຜູ້ປະສານງານການດູແລ ຫຼື ພະນັກງານທີ່ຢູ່ໃນເຄືອຕ້ອງຈັດບັນທຶກຄຳຮ້ອງຂໍໂດຍຕາງໜ້າໃຫ້ກັບພວກເຂົາ.
- ການສະໜອງສຳເນົາແບບຟອມໃຫ້ແກ່ລູກຄ້າ, ເປັນການສ່ວນຕົວ ຫຼື ໂດຍໄປສະນີ.
- ການຮັບປະກັນວ່າຜູ້ນຳສຸຂະພາບໃນເຮືອນທີ່ຜ່ານເກນເງື່ອນໄຂ ຫຼື MCO ໄດ້ຮັບສຳເນົາແບບຟອມ.

ຜູ້ນຳສຸຂະພາບໃນເຮືອນທີ່ຜ່ານເກນເງື່ອນໄຂ ຫຼື MCO ຕ້ອງຮັກສາແບບຟອມນີ້ ແລະ ຈັດບັນທຶກການຂຶ້ນທະບຽນແບບຟອມເລືອກອອກໂຄງການສຸຂະພາບໃນເຮືອນ, ເພື່ອສົ່ງມອບໃຫ້ແກ່ໜ່ວຍງານດູແລສຸຂະພາບໃນແຕ່ລະເດືອນ.