

Участие в программе Health Home (решение о выходе из программы/отказе от услуг)

1

Данные заявителя

Имя и фамилия клиента

Дата рождения

ID-номер ProviderOne

Квалифицированный руководитель Health Home

Организация, координирующая уход

Организация управляемого медицинского обслуживания
(Managed Care Organization, MCO) (если применимо)

Я выполнил (-а) План действий в сфере получения
медицинского ухода (Health Action Plan, HAP)

Я **не** выполнил (-а) План действий в сфере получения
медицинского ухода (HAP)

- Мне разъяснили положения программы Health Home и я решил (-а) не принимать в ней участия.
- Я понимаю, что продолжу получение других услуг Apple Health (Medicaid).
- Если я захочу получать обслуживание по программе Health Home в будущем, я могу позвонить по номеру:
1-800-562-3022 (служба коммутируемых сообщений (TRS): 711).

Я отказываюсь от обслуживания по следующей причине:

Меня устраивают текущие условия
страхования и услуги.

Мне не нужна поддержка в удовлетворении медицинских потребностей
и при использовании системы здравоохранения.

Я не удовлетворен (-а) этими страховыми
условиями или программой.

Другое
Поясните _____

2

Защита вашей медицинской информации

В случае отказа от участия в программе Health Home вам важно понимать следующее:

- Любые подписанные ранее Формы согласия на передачу личной информации в рамках программы Health Home (Health Home Information Sharing Consent) более не действительны.
- Информация о состоянии вашего здоровья будет храниться у поставщиков услуг/партнеров, у которых она уже есть. Эти поставщики услуг/партнеры не обязаны передавать эту информацию вам или удалять ее из своего архива.
- Информация о состоянии вашего здоровья будет защищена в соответствии с законодательством штата Вашингтон, федеральным законодательством и нормативными актами. Ряд таких законодательных и нормативных актов включает в себя законы штата Вашингтон и федеральные законы в отношении конфиденциальности информации, разделы RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, Единый закон об информации в сфере здравоохранения (Uniform Health Care Information Act), нормы 42 CFR 2.31(a)(5), нормы 45 CFR Parts 160 и 164, которые в совокупности являются комплексом норм и правил, именуемых «HIPAA», а также нормы 42 CFR Part 2. Никто не имеет право на получение новой информации о вашем состоянии здоровья. Информация, раскрытая ранее, не возвращается.
- Если вы считаете, что кто-то использовал вашу информацию без разрешения на ее использование, позвоните своему координатору ухода или в Центр поддержки и обслуживания клиентов Apple Health по телефону 1-800-562-3022 (TRS: 711)

3**Подпись клиента**

Подпись клиента или уполномоченного представителя (если применимо)

Дата подписания

Имя и фамилия уполномоченного представителя печатными буквами (если применимо)

4**Координатор программы Health Home**

Я обсудил (-а) программу Health Home с клиентом или его (ее) уполномоченным представителем. Я разъяснил (-а) преимущества программы, но получатель услуг принял решение не принимать или прекратить участие в программе Health Home.

Подпись координатора ухода или работника сферы здравоохранения

Дата подписания

Имя и фамилия координатора ухода или работника сферы здравоохранения

5**Инструкции для координатора ухода или работника сферы здравоохранения**

В обязанности координатора ухода или работника сферы здравоохранения входит следующее:

- Задокументировать просьбу получателя услуг о выходе из программы или об отказе от услуг в этой форме или в личном деле клиента.
- Поставить подпись в строке *Подпись координатора ухода или Работника сферы здравоохранения* после того, как форма будет заполнена. Если клиент запросил о выходе из программы или об отказе от услуг по телефону, то он или она не должен (-на) подписывать настоящую форму, а координатор ухода или работник сферы здравоохранения обязаны задокументировать запрос клиента по его или ее поручению.
- Предоставить клиенту копию формы, личным вручением или по почте.
- Доставить копию формы квалифицированному руководителю Health Home либо MCO.

6**Инструкции для квалифицированного руководителя Health Home или MCO**

Квалифицированный руководитель Health Home или MCO обязаны содержать эту форму и документ в Реестре форм для отказа от получения услуг по программе Health Home (Health Home Opt-Out Form Registry) для ежемесячной отправки в Управление здравоохранения (Health Care Authority).