

Участь у програмі Health Home (Відмова від послуг)

1

Інформація щодо заявника

Ім'я та прізвище клієнта

Дата народження

№ ProviderOne:

Профільна установа програми Health Home

Організація з питань координування догляду

Організація керованого медичного обслуговування
(Managed Care Organization, MCO) (якщо застосовно)

Я виконав(-ла) індивідуальний план дій
щодо підтримки стану здоров'я (НАР)

Я **не** виконав(-ла) індивідуальний план
дій щодо підтримки стану здоров'я (НАР)

- Я отримав(-ла) роз'яснення щодо програми Health Home і прийняв(-ла) рішення відмовитися від участі.
- Я розумію, що й надалі буду отримувати інше обслуговування Apple Health (Medicaid).
- Якщо в майбутньому я буду потребувати послуг Health Home, я можу зателефонувати за номером:
1-800-562-3022 (TRS: 711)

Я відмовляюсь від послуг, тому що:

Мені підходять переваги та послуги,
якими я користуюсь

Я не потребую будь-якої допомоги у вирішенні
питань стосовно моїх медичних та доглядових потреб.

Мені незручно цим користуватися
переваги або програми.

Інші
Наведіть роз'яснення _____

2

Інформація стосовно захисту даних про стан вашого здоров'я

У разі відмови від послуг, які надаються програмою Health Home services, вам необхідно забезпечити розуміння наведеної нижче інформації:

- Будь-які підписані вами раніше форми згоди щодо розголошення інформації у рамках програми Health Home (Health Home Information Sharing Consent Forms) більше не вважаються дійсними.
- Інформація про стан вашого здоров'я залишиться у постачальників послуг/партнерів, які вже мають цю інформацію. Вони не зобов'язані повертати її вам або видаляти її із своєї бази.
- Приватна інформація про стан вашого здоров'я й надалі буде захищатися як федеральними законами та положеннями, так і законами та положеннями штату Вашингтон. Ці закони та положення включають в себе федеральні положення та положення штату Вашингтон про конфіденційність, а саме, положення RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, Єдину постанову про захист медичної інформації (Uniform Health Care Information Act), положення 42 CFR 2.31(a)(5), а також 45 CFR Частина 160 та 164, які є положеннями «Закону про відповідальність та передачу даних щодо страхування здоров'я громадян» («HIPAA»), включаючи положення 42 CFR Частина 2. Ніхто не може отримувати будь-яку оновлену інформацію про стан вашого здоров'я. Інформація, яка на даний час вже є розкритою, не має бути поверненою.
- Якщо ви вважаєте, що між особою, яка використовувала вашу інформацію, та вами не було досягнуто відповідної згоди, зателефонуйте вашому Координатору послуг з догляду або у Відділ обслуговування клієнтів Apple Health за телефоном 1-800-562-3022 (TRS: 711)

3**Підпис клієнта**

Підпис клієнта або законного представника (якщо застосовно)

Дата підпису

Ім'я та прізвище уповноваженого представника (якщо застосовно)

4**Координатор догляду програми Health Home**

Я обговорив(-ла) програму Health Home із клієнтом або з його офіційним представником. Були роз'яснені умови та переваги участі у програмі, проте Отримувач послуг прийняв рішення про відмову від участі або про припинення участі у програмі Health Home.

Підпис Координатора послуг із догляду або працівника з відповідними повноваженнями

Дата підписання

Прізвище та ім'я Координатора з догляду програми або працівника з відповідними повноваженнями

5**Інструкції для Координатора з догляду або працівника з відповідними повноваженнями**

Координатор послуг із догляду або працівник із відповідними повноваженнями повинні:

- Задokumentувати у цій формі запит або в досьє клієнта запит клієнта щодо відмови від надання послуг.
- Поставити *Підпис Координатора послуг із догляду або Співробітника з відповідними повноваженнями* у відповідному рядку після заповнення форми. Якщо запит клієнта про відмову від послуг зроблено телефоном, клієнт не має підписувати цю форму, проте Координатор послуг з догляду або співробітник із відповідними повноваженнями має задokumentувати запит від імені клієнта.
- Надати клієнту копію форми особисто або поштою.
- Переконалися в тому, що Профільна установа програми Health Home або Організація керованого медичного обслуговування (МСО) мають копію цієї форми.

6**Профільна установа програми Health Home або Організація керованого медичного обслуговування (МСО)**

Профільна установа програми Health Home або Організація керованого медичного обслуговування (МСО) мають зберігати цю форму та документувати її у Реєстрі форм відмов від послуг Health Home (Health Home Opt-Out Form Registry) для її щомісячного подання до Управління охорони здоров'я.