

# Tham Gia Chương Trình Health Home (Không Tham Gia/Từ Chối Dịch Vụ)

1

## Thông tin người nộp đơn

Tên thân chủ

Ngày sinh

Số ID ProviderOne

Tổ Chức Chính Health Home Đủ Điều Kiện

Tổ Chức Điều Phối Chăm Sóc

Tổ Chức Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (MCO) (nếu có)

Tôi đã hoàn tất một Kế Hoạch Hành Động Về Y Tế  
(Health Action Plan - HAP)

Tôi đã **không** hoàn tất một Kế Hoạch  
Hành Động Về Y Tế (Health Action Plan - HAP)

- Tôi đã được giải thích về chương trình Health Home và tôi đã quyết định không tham gia.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ tiếp tục nhận được các dịch vụ Apple Health (Medicaid) khác của mình.
- Nếu tôi muốn có các dịch vụ Health Home trong tương lai, tôi có thể gọi: 1-800-562-3022 (TRS: 711)

### Tôi đang từ chối các dịch vụ bởi vì:

Các phúc lợi và dịch vụ của tôi phù hợp với tôi.

Tôi không cần bất kỳ trợ giúp nào về  
các nhu cầu y tế và chăm sóc sức khỏe của tôi.

Tôi không thoải mái về việc sử dụng  
phúc lợi hoặc chương trình này.

Khác  
Giải thích \_\_\_\_\_

2

## Bảo vệ thông tin y tế của quý vị

Khi quý vị quyết định không tham gia các dịch vụ Health Home, thông tin sau đây rất quan trọng để quý vị hiểu:

- Bất kỳ Đơn Đồng Ý Chia Sẻ Thông Tin Chương Trình Health Home nào đã ký trước đây đều không còn giá trị.
- Thông tin y tế của quý vị sẽ được các nhà cung cấp/đối tác lưu giữ mà họ đã có thông tin của quý vị. Họ không phải trả lại thông tin này cho quý vị hoặc xóa bỏ thông tin này ra khỏi hồ sơ của họ.
- Thông tin y tế cá nhân của quý vị vẫn sẽ được bảo vệ theo luật lệ và quy tắc của Liên Bang và Tiểu Bang Washington. Các luật lệ và quy định này bao gồm quy tắc bảo mật liên bang và Tiểu Bang Washington, RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, Đạo Luật Thông Tin Chăm Sóc Sức Khỏe Đồng Nhất, 42 CFR 2.31(a)(5) và kể cả 45 CFR Phần 160 và 164, là các quy tắc được xem như là "HIPAA", và 42 CFR Phần 2. Không ai có thể có được bất kỳ thông tin y tế mới nào về quý vị. Thông tin đã chia sẻ với những người khác sẽ không được hoàn lại.
- Nếu quý vị cho rằng một người đã sử dụng thông tin của quý vị và quý vị đã không đồng ý cho phép người này sử dụng thông tin của quý vị, hãy gọi Điều Phối Viên Chăm Sóc của quý vị hoặc trung tâm dịch vụ khách hàng Apple Health theo số 1-800-562-3022 (TRS: 711)

**3****Chữ ký của thân chủ**

---

Chữ ký của thân chủ hoặc đại diện được ủy quyền (nếu có)

---

Ngày ký

---

Viết in tên của đại diện được ủy quyền (nếu có)

**4****Điều Phối Viên Chăm Sóc Chương Trình Health Home**

Tôi đã bàn thảo chương trình Health Home với thân chủ hoặc đại diện được ủy quyền. Các phúc lợi đã được giải thích và họ đã quyết định không tham gia hoặc kết thúc việc họ tham gia chương trình Health Home.

---

Chữ ký của Điều Phối Viên Chăm Sóc hoặc Chuyên Viên Liên Quan

---

Ngày ký

---

Tên của Điều Phối Viên Chăm Sóc hoặc Chuyên Viên Liên Quan

**5****Hướng dẫn dành cho Điều Phối Viên Chăm Sóc hoặc Chuyên Viên Liên Quan**

Điều Phối Viên Chăm Sóc hoặc Chuyên Viên Liên Quan chịu trách nhiệm về:

- Ghi nhận yêu cầu của thân chủ về quyết định không tham gia hoặc từ chối các dịch vụ, trên mẫu đơn này và trong hồ sơ trường hợp của thân chủ.
- Ký tên vào dòng *Chữ ký của Điều Phối Viên Chăm Sóc* hoặc *Chuyên Viên Liên Quan* sau khi đã hoàn tất mẫu đơn này. Nếu yêu cầu của thân chủ về quyết định không tham gia hoặc từ chối các dịch vụ được thực hiện qua điện thoại, thân chủ không cần phải ký tên vào mẫu đơn này và Điều Phối Viên Chăm Sóc hoặc Chuyên Viên Liên Quan phải ghi lại yêu cầu thay mặt cho họ.
- Cung cấp cho thân chủ một bản sao mẫu đơn này, trực tiếp hoặc gửi thư.
- Bảo đảm rằng Tổ Chức Chính Health Home Đủ Điều Kiện hoặc MCO được cung cấp một bản sao mẫu đơn này.

**6****Hướng dẫn dành cho Tổ Chức Chính Health Home Đủ Điều Kiện hoặc MCO**

**Tổ Chức Chính Health Home Đủ Điều Kiện hoặc MCO phải lưu giữ mẫu đơn này trong sổ Đăng Ký Mẫu Đơn Không Tham Gia Chương Trình Health Home, để trình nộp hàng tháng cho Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe (Health Care Authority).**