多用途长者服务计划 (MSSP) - 使用和披露受保护健康信息的授权

参与者姓名：_____ MSSP ID：_____

本人特此授权 MSSP 获取、发布、使用和披露以下受联邦、州和/或地方法律保护的关于我的信息，用于以下目的：

- ☐ 确定我是否符合 MSSP 服务的资格
- ☐ 提供护理管理和健康/社会心理评估

将要使用或披露的参与者受保护健康信息的描述。勾选所有适用项。

- ☐ 身体损伤、疾病或状况
- ☐ 精神（心理或精神病）疾病或状况
- ☐ 酗酒和/或吸毒
- ☐ 收到的现金援助、加州医疗补助计划 (Medi-Cal) 福利或其他社会和健康服务
- ☐ 其他（如选中，必须说明）：_____

披露信息的提供者。勾选所有适用项。如果选中某个方框，请提供提供者的名称。

- ☐ 医疗服务提供者和机构：_____
- ☐ 社会服务提供者：_____
- ☐ Medi-Cal 计划（包括居家援助服务 (IHSS) 县员工）：_____
- ☐ IHSS 照顾者/提供者：_____
- ☐ 社区支持服务提供者：_____
- ☐ 金融机构和服务提供商：_____
- ☐ 其他（列出提供者类型和名称）：_____
- ☐ 其他（列出提供者类型和名称）：_____

披露信息的个人（包括任何可能分享/接收关于参与者信息的个人，例如非正式照顾者、家人、朋友等）。勾选所有适用项。如果选中某个方框，请提供该个人的姓名和关系。

☐ _____ 关系：_____

☐ _____ 关系：_____

☐ _____ 关系：_____

☐ _____ 关系：_____

☐ _____ 关系：_____

☐ _____ 关系：_____

MSSP 正在出于以下目的使用或披露参与者的受保护健康信息：

为了确定参与者是否有资格参加 MSSP，为了对其进行护理管理，为了对其进行健康/社会心理评估，为了员工的行政目的，以及当个人提出请求时。
我理解，就本授权而言，我享有以下权利：

1. MSSP _____ 站点，作为受保护健康信息的接收者，不得进一步披露该等信息，除非 MSSP _____ 站点获得我的另一项授权，或者法律允许披露。
2. 我可能不需要签署本授权书即可获得治疗（即服务）、付款或享受福利。
3. MSSP _____ 站点将向我提供一份此授权书的副本。
4. 如需撤销此授权书，我可以随时邮寄或亲自递交一份已签署的书面撤销通知给 MSSP _____ 站点。此撤销自收到时立即生效，但 MSSP _____ 站点已根据此授权书采取行动的情形除外。除非法律要求或允许披露受保护的健康信息，否则该撤销将一直有效，直至我以书面形式授权披露受保护的健康信息。
5. 我理解，一旦该等信息被披露给本表格上列出的任何接收者，则可能不受联邦隐私法 (HIPAA) 的保护，并且接收者可能会进一步分享（即，可能再次披露）。州法律或其他联邦法律可能要求接收者在进一步披露之前获得我的授权。
6. 我理解，无论我是否提出其他撤销请求，本授权自授权之日起两 (2) 年后将自动失效。

7. MSSP _____ 站点不会将受保护的健康信息用于营销目的，也不会在未经许可的情况下因使用或披露我的受保护健康信息而获得报酬。

本授权书**自签署之日起两 (2) 年后**失效。*如果需要在失效日之前撤销提供者或个人的许可，请在提供者/个人旁边签署姓名缩写并注明失效日期。*

已接受并同意：

_____ _____ _____

工整书写姓名 **签名** **日期**

如果由个人代表签署：

_____ _____

关系 **电话**

代表的类型：

☐ 保护人 ☐ 医疗保健的持久授权书和/或医疗授权书

☐ 其他：_____