MSSP - Պաշտպանված առողջական տեղեկատվության օգտագործման և բացահայտման թույլտվություն

Մասնակցի անունը՝ _____ MSSP ID՝_____

Ես սույնով լիազորում եմ MSSP-ին ստանալ, հրապարակել, օգտագործել և բացահայտել իմ մասին հետևյալ տեղեկությունները, որոնք պաշտպանված են դաշնային, նահանգային և/կամ տեղական օրենքներով՝ հետևյալ նպատակ(ներ)ով.

☐ Որոշել MSSP ծառայություններից օգտվելու իմ իրավասությունը

☐ Տրամադրել խնամքի կառավարում և առողջության/հոգեբանասոցիալական գնահատում

ՄԱՍՆԱԿՑԻ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ, ՈՐԸ ՊԵՏՔ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԻ ԿԱՄ ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԻ: Նշեք բոլոր համապատասխանող տարբերակները:

☐ Ֆիզիկական վնասվածքներ, հիվանդություններ կամ առողջական վիճակներ

☐ Հոգեկան (հոգեբանական կամ հոգեբուժական) հիվանդություններ կամ վիճակներ

☐ Ալկոհոլի և/կամ թմրանյութերի չարաշահում

☐ Ստացված դրամական օգնություն, Medi-Cal նպաստներ կամ այլ սոցիալական և առողջապահական ծառայություններ

☐ Այլ (եթե նշված է, պետք է նկարագրվի)՝_____

ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՂ ՄԱՏԱԿԱՐԱՐՆԵՐ: Նշեք բոլոր համապատասխանող տարբերակները: Եթե վանդակը նշված է, նշեք մատակարարի անունը:

☐ Բժշկական մատակարարներ և հաստատություններ՝ _____

☐ Սոցիալական ծառայությունների մատակարարներ՝_____

☐ Medi-Cal ծրագիր(ներ), ներառյալ IHSS վարչաշրջանի անձնակազմը՝_____

☐ IHSS խնամող/մատակարար(ներ)՝_____

☐ Համայնքային աջակցության մատակարարներ՝ _____

☐ Ֆինանսական հաստատություններ և մատակարարներ՝_____

☐ Այլ (նշեք մատակարարի տեսակը և անունը)՝ _____

☐ Այլ (նշեք մատակարարի տեսակը և անունը)՝ _____

ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՂ ԱՆՀԱՏՆԵՐ (ներառեք ցանկացած անհատի, ով կարող է տեղեկատվություն կիսել/ստանալ մասնակցի վերաբերյալ, ինչպիսիք են ոչ պաշտոնական խնամակալ(ներ)ը, ընտանիքի անդամները, ընկերները և այլն): Նշեք բոլոր համապատասխանող տարբերակները: Եթե վանդակը նշված է, նշեք անհատի անունը և հարաբերությունը:

☐ _____ Հարաբերություն՝ _____

☐ _____ Հարաբերություն՝ _____

☐ _____ Հարաբերություն՝ _____

☐ _____ Հարաբերություն՝ _____

☐ _____ Հարաբերություն՝ _____

☐ _____ Հարաբերություն՝ _____

Մասնակցի պաշտպանված առողջական տեղեկատվությունը MSSP-ի կողմից օգտագործվում կամ բացահայտվում է հետևյալ նպատակ(ներ)ով.

Որոշել մասնակցի՝ MSSP-ի համար իրավասությունը, նրա խնամքի կառավարման, նրա առողջական/հոգեբանական-սոցիալական գնահատումների, անձնակազմի կողմից վարչական նպատակներով և անհատի խնդրանքով:
Ես հասկանում եմ, որ ունեմ հետևյալ իրավունքները՝ կապված այս Լիազորագրի հետ.

1. MSSP կենտրոն _____-ը, որպես պաշտպանված առողջական տեղեկատվության ստացող, չի կարող հետագայում բացահայտել այդ տեղեկատվությունը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ MSSP կենտրոնը՝ _____, ստանում է ինձանից մեկ այլ թույլտվություն, կամ եթե բացահայտումը թույլատրված է օրենքով:

2. Ես պարտավոր չեմ ստորագրել այս Լիազորագիրը որպես բուժում (այսինքն՝ ծառայություններ) կամ վճարում ստանալու կամ նպաստների համար իմ իրավասությունը հաստատելու պայման:

3. MSSP կենտրոն _____-ը կտրամադրի ինձ այս Լիազորագրի պատճենը:

4. Ես կարող եմ ցանկացած պահի չեղյալ համարել այս Լիազորությունը՝ անձամբ կամ փոստով ուղարկելով չեղարկման մասին ստորագրված գրավոր ծանուցում MSSP կենտրոն՝ _____: Այդպիսի չեղարկումն ուժի մեջ կմտնի ստացման պահից, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ MSSP կենտրոնը՝ _____, արդեն իսկ գործողություններ է ձեռնարկել այս Լիազորագրի հիման վրա: Նման չեղարկումն ուժի մեջ կմնա մինչև ես գրավոր լիազորեմ պաշտպանված առողջական տեղեկատվության հրապարակումը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ պաշտպանված առողջական տեղեկատվության հրապարակումը պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:

5. Ես հասկանում եմ, որ այս տեղեկատվությունն այս ձևում նշված որևէ ստացողի տրամադրվելուց հետո այն կարող է չպաշտպանվել գաղտնիության մասին դաշնային օրենքով (HIPAA) և կարող է հետագայում կիսվել (այսինքն՝ ենթակա լինել վերաբացահայտման) ստացողի կողմից: Նահանգային կամ այլ դաշնային օրենքը կարող է պահանջել, որ ստացողը ստանա իմ թույլտվությունը հետագա բացահայտումից առաջ:

6. Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորագիրն ավտոմատ կերպով կդադարի գործել այս լիազորագրի տրամադրման օրվանից երկու (2) տարի անց՝ անկախ իմ կողմից որևէ այլ չեղարկման հայտ ներկայացնելուց:

7. MSSP կենտրոն _____-ը, չի օգտագործի կամ բացահայտի պաշտպանված առողջական տեղեկատվությունը շուկայականացման համար և չի ստանա փոխհատուցում իմ պաշտպանված առողջական տեղեկատվության առանց թույլտվության օգտագործման կամ բացահայտման համար:

Այս Լիազորագիրն ուժը կկորցնի **ստորագրման օրվանից 2 (երկու) տարի հետո***: Եթե մատակարարի կամ անհատի թույլտվությունն անհրաժեշտ է չեղյալ համարել մինչև ժամկետի ավարտը, մատակարարի/անհատի կողքի ժամկետի ավարտի ամսաթվի մոտ նշեք ձեր անվան սկզբնատառերը և ամսաթիվը:*

ԸՆԴՈՒՆՎԱԾ ԵՎ ՀԱՄԱՁԱՅՆԵՑՎԱԾ՝

_____ _____ _____

Տպագիր անունը **Ստորագրություն** **Ամսաթիվ**

Եթե ստորագրված է Անձնական ներկայացուցչի կողմից՝

_____ _____

Հարաբերություն **Հեռախոս**

Ներկայացուցչի տեսակը՝

☐ Պահպանող ☐ Առողջապահական խնամքի համար մշտական և/կամ բժշկական լիազորագիր

☐ Այլ՝_____