برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن MSSP - تفويض باستخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها

اسم المشارك: _____ الرقم التعريفي ببرنامج MSSP: _____

بموجب هذا التفويض، اعطي موافقتي لبرنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) بالحصول على المعلومات التالية الخاصة بي، والإفصاح عنها، واستخدامها، والكشف عنها، وهي معلومات محمية بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية و/أو القوانين المحلية، وذلك للأغراض التالية:

☐ لتحديد أهليتي للحصول على خدمات برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن MSSP

☐ لتقديم خدمات إدارة الرعاية وإجراء التقييم الصحي والتقييم النفسي والاجتماعي

وصف المعلومات الصحية المحمية الخاصة بالمشارك المطلوب استخدامها أو الإفصاح عنها. حدِّد جميع ما ينطبق.

☐ الإصابات أو الأمراض أو الحالات الصحية الجسدية

☐ الأمراض أو الحالات الصحية العقلية (النفسية أو الطبّية النفسية)

☐ إساءة استخدام الكحول و/أو تعاطي المخدرات

☐ المعونة النقدية، أو مخصصات برنامج Medi-Cal، أو غيرها من الخدمات الاجتماعية والصحية التي تم تلقيها

☐ غير ذلك (إذا تم تحديدها، فيجب وصفها): _____

الجهات المقدِّمة للمعلومات. حدِّد جميع ما ينطبق. وإذا تم تحديد أي خيار، فيُرجى إدخال اسم الجهة المقدِّمة للمعلومات.

☐ مقدمو الخدمات الطبية والمرافق الطبية: _____

☐ مقدمو الخدمات الاجتماعية: _____

☐ برنامج (برامج)Medi-Cal، بما في ذلك موظفو المقاطعة لبرنامج IHSS: _____

☐ مقدمو الرعاية/مقدمو الخدمات في برنامج IHSS: _____

☐ مقدمو خدمات الدعم المجتمعي: _____

☐ المؤسسات والجهات المقدمة للخدمات المالية: _____

☐ غير ذلك (اذكر نوع الجهة المقدِّمة للمعلومات واسمها): _____

☐ غير ذلك (اذكر نوع الجهة المقدِّمة للمعلومات واسمها): _____

الأفراد المفصحون عن المعلومات (يشمل ذلك أي أفراد قد يشاركون المعلومات المتعلقة بالمشارك أو يتلقونها، مثل مقدمي الرعاية غير الرسميين، أو أفراد الأسرة، أو الأصدقاء، وغيرهم). حدِّد جميع ما ينطبق. وإذا تم تحديد أي خيار، فيُرجى إدخال اسم الشخص وصلته بالمشارك.

☐ _____ صلة القرابة أو العلاقة: _____

☐ _____ صلة القرابة أو العلاقة: _____

☐ _____ صلة القرابة أو العلاقة: _____

☐ _____ صلة القرابة أو العلاقة: _____

☐ _____ صلة القرابة أو العلاقة: _____

☐ _____ صلة القرابة أو العلاقة: _____

سيستخدم برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) المعلومات الصحية المحمية الخاصة بالمشارك أو سيفصح عنها للأغراض التالية:

لتحديد أهلية المشارك للحصول على خدمات برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP)، ولإدارة الرعاية الخاصة به، وإجراء التقييمات الصحية والنفسية والاجتماعية له، وللأغراض الإدارية التي يقوم بها موظفو البرنامج، وبناءً على طلب المشارك.
وأقر بأن لديّ الحقوق التالية فيما يتعلق بهذا التفويض:

1. لا يجوز لموقع برنامج MSSP، _____ بصفته الجهة المتلقية للمعلومات الصحية المحمية، أن يفصح عن هذه المعلومات مرة أخرى، ما لم يحصل موقع برنامج MSSP _____ على تفويض آخر مني، أو ما لم يكن هذا الإفصاح مسموحًا به بموجب القانون.

2. لا يُشترط عليّ التوقيع على هذا التفويض كشرط للحصول على العلاج (على سبيل المثال: الخدمات)، أو السداد، أو لتحديد أهليتي للحصول على المخصصات.

3. سيزوّدني موقع برنامج MSSP _____ بنسخة من هذا التفويض.

4. يجوز لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إشعار خطي موقَّع بالإلغاء بالبريد أو تسليمه شخصيًا إلى موقع برنامج MSSP _____ . ويصبح هذا الإلغاء نافذًا عند استلامه، باستثناء ما يكون موقع برنامج MSSP _____ قد اتخذ بشأنه إجراءات استنادًا إلى هذا التفويض قبل استلام الإلغاء. ويظل هذا الإلغاء ساري المفعول إلى أن أُفوِّض، كتابةً، بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية مرة أخرى، إلا في الحالات التي يكون فيها الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية مطلوبًا أو مسموحًا به بموجب القانون

5. أدرك بأنني أفهم أنه بمجرد الإفصاح عن هذه المعلومات لأي جهة متلقية مدرجة في هذا النموذج، فقد لا تظل محمية بموجب قانون خصوصية المعلومات الصحية الفيدرالي (HIPAA)، وقد تقوم الجهة المتلقية بمشاركتها مرة أخرى (أي قد تخضع لإعادة الإفصاح). ومع ذلك، قد يشترط قانون الولاية أو أي قانون فيدرالي آخر حصول الجهة المتلقية على تفويض مني قبل الإفصاح عنها مرة أخرى.

6. أُدرك بأنني أفهم أن هذا التفويض سينتهي تلقائيًا بعد سنتين (2) من تاريخ التوقيع عليه، بصرف النظر عن أي طلب آخر لإلغائه قد أقدمه.

7. لن يستخدم موقع MSSP، _____ معلوماتي الصحية المحمية أو يفصح عنها لأغراض التسويق، ولن يتلقى أي مقابل نظير استخدامها أو الإفصاح عنها دون الحصول على إذني.

تنتهي صلاحية هذا التفويض بعد سنتين (2) من تاريخ التوقيع عليه. *وإذا دعت الحاجة إلى إلغاء الإذن الممنوح لأي جهة مقدمة للمعلومات أو لأي فرد قبل تاريخ انتهاء الصلاحية، فيُرجى وضع الأحرف الأولى من اسمك وتاريخ الإلغاء بجانب اسم تلك الجهة أو ذلك الفرد.*

أوافق وأقر بما ورد أعلاه:

_____ _____ _____

الاسم بحروف واضحة **التوقيع** **التاريخ**

إذا تم التوقيع من قِبل الممثل الشخصي:

_____ _____

صلة القرابة أو العلاقة: **رقم الهاتف**

صفة الممثل:

☐ قيّم (وصي) ☐ لديه توكيل دائم و/أو توكيل طبي لاتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية

☐ أخرى: _____