MSSP - Giấy Ủy Quyền Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

Tên Người Tham Gia: _____ ID MSSP: _____

Tôi theo đây ủy quyền cho MSSP thu thập, cung cấp, sử dụng và tiết lộ các thông tin sau đây về tôi, vốn được bảo vệ theo luật pháp liên bang, tiểu bang, và/hoặc địa phương cho (các) mục đích sau:

☐ Để xác định khả năng hội đủ điều kiện của tôi đối với dịch vụ MSSP

☐ Cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc và đánh giá sức khỏe/tâm lý xã hội

MÔ TẢ VỀ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ CỦA NGƯỜI THAM GIA SẼ ĐƯỢC SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ. Chọn tất cả nếu phù hợp.

☐ Các chấn thương thể chất, bệnh tật, hoặc tình trạng sức khỏe

☐ Các bệnh lý hoặc tình trạng tâm thần (thuộc khía cạnh tâm lý hoặc tâm thần học)

☐ Lạm dụng rượu và/hoặc lạm dụng ma túy

☐ Các khoản hỗ trợ bằng tiền mặt, phúc lợi Medi-Cal hoặc các dịch vụ xã hội và y tế khác đã nhận

☐ Khác (nếu được chọn, phải mô tả chi tiết): _____

CÁC NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ TIẾT LỘ THÔNG TIN. Chọn tất cả nếu phù hợp. Nếu ô được đánh dấu chọn, vui lòng cung cấp tên của nhà cung cấp dịch vụ.

☐ Các Cơ Sở & Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế: _____

☐ Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Xã Hội: _____

☐ (Các) Chương Trình Medi-Cal, bao gồm nhân viên IHSS cấp quận: _____

☐ Người Chăm Sóc/(Các) Nhà Cung Cấp Dịch Vụ IHSS: _____

☐ Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng: _____

☐ Các Tổ Chức & Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Tài Chính: _____

☐ Khác (liệt kê loại hình và tên nhà cung cấp dịch vụ):_____

☐ Khác (liệt kê loại hình và tên nhà cung cấp dịch vụ):_____

CÁC CÁ NHÂN TIẾT LỘ THÔNG TIN (bao gồm bất kỳ cá nhân nào có thể chia sẻ/nhận thông tin liên quan đến người tham gia, chẳng hạn như (các) người chăm sóc không chính thức, gia đình, bạn bè, v.v.). Chọn tất cả nếu phù hợp. Nếu ô được đánh dấu chọn, vui lòng cung cấp tên và mối quan hệ với cá nhân đó.

☐ _____ Mối Quan Hệ:_____

☐ _____ Mối Quan Hệ:_____

☐ _____ Mối Quan Hệ:_____

☐ _____ Mối Quan Hệ:_____

☐ _____ Mối Quan Hệ:_____

☐ _____ Mối Quan Hệ:_____

Thông tin sức khỏe được bảo vệ của người tham gia đang được MSSP sử dụng hoặc tiết lộ cho (các) mục đích sau:

Để xác định tính đủ điều kiện tham gia MSSP, quản lý việc chăm sóc, thực hiện các đánh giá về sức khỏe/tâm lý xã hội, phục vụ công tác hành chính của nhân viên, và theo yêu cầu của chính cá nhân đó.
Tôi hiểu rằng tôi có các quyền sau đây liên quan đến Giấy Ủy Quyền này:

1. Cơ Sở MSSP _____, với tư cách là bên nhận thông tin sức khỏe được bảo vệ, không được phép tiết lộ thêm thông tin này trừ khi cơ sở MSSP _____ có được một giấy ủy quyền khác từ tôi hoặc trừ khi việc tiết lộ đó được pháp luật cho phép.

2. Tôi không bắt buộc phải ký Giấy Ủy Quyền này như một điều kiện để được điều trị (ví dụ, nhận các dịch vụ) thanh toán hoặc đủ điều kiện hưởng các quyền lợi.

3. Cơ Sở MSSP _____ sẽ cung cấp cho tôi một bản sao của Giấy Ủy Quyền này.

4. Tôi có thể thu hồi Giấy Ủy Quyền này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi qua đường bưu điện hoặc trực tiếp nộp thông báo thu hồi bằng văn bản có chữ ký của tôi đến cơ sở MSSP _____. Việc thu hồi này sẽ có hiệu lực ngay khi nhận được thông báo, ngoại trừ trường hợp cơ sở MSS**P** _____ đã thực hiện hành động dựa trên Giấy Ủy Quyền này. Việc thu hồi này sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi tôi cho phép bằng văn bản việc cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ, ngoại trừ các trường hợp việc tiết lộ thông tin này là bắt buộc hoặc được pháp luật cho phép.

5. Tôi hiểu rằng một khi thông tin này được tiết lộ cho bất kỳ người nhận nào được liệt kê trong mẫu đơn này, thông tin đó có thể không được bảo vệ theo luật bảo mật liên bang (HIPAA) và có thể được chia sẻ thêm (ví dụ, có thể bị tiết lộ lại) bởi người nhận. Luật tiểu bang hoặc luật liên bang khác có thể yêu cầu người nhận phải có sự ủy quyền của tôi trước khi tiết lộ thêm.

6. Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này sẽ tự động hết hạn sau hai (2) năm kể từ ngày cấp giấy ủy quyền này bất kể bất kỳ yêu cầu thu hồi nào khác mà tôi có thể đưa ra.

7. Cơ Sở MSSP _____ sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ cho mục đích tiếp thị, cũng như không nhận thù lao cho việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi nếu không có sự cho phép.

Giấy Ủy Quyền này sẽ hết hạn sau **sau 2 (hai) năm kể từ ngày ký.** *Nếu cần thu hồi sự cho phép đối với nhà cung cấp dịch vụ hoặc cá nhân trước ngày hết hạn, vui lòng viết tên tắt và ghi ngày tháng bên cạnh tên nhà cung cấp dịch vụ/cá nhân đó.*

CHẤP THUẬN VÀ ĐỒNG Ý:

_____ _____ _____

Tên Viết In Hoa **Chữ Ký** **Ngày**

Nếu do Người Đại Diện Của Cá Nhân ký:

_____ _____

Mối Quan Hệ **Điện Thoại**

Loại Người Đại Diện:

☐ Người Bảo Hộ ☐ Giấy Ủy Quyền Lâu Dài và/hoặc Giấy Ủy Quyền Y Tế Về Chăm Sóc Sức Khỏe

☐ Khác: _____