MSSP - مجوز استفاده و افشای اطلاعات حفاظت‌شده سلامت

نام شرکت‌کننده: _____ شناسه MSSP: _____

بدین‌وسیله به برنامه MSSP اجازه می‌دهم تا برای هدف(های) ذکر شده در زیر، اطلاعات مربوط به من را که تحت حمایت قوانین فدرال، ایالتی و/یا محلی قرار دارد، دریافت، منتشر، استفاده و افشا نماید:

☐ جهت تعیین واجد شرایط بودن من برای دریافت خدمات MSSP

☐ ارائه خدمات مدیریت مراقبت و ارزیابی سلامت و وضعیت روانی-اجتماعی

شرح اطلاعات حفاظت‌شده سلامت شرکت‌کننده که مورد استفاده یا افشا قرار می‌گیرد. همه موارد مربوطه را علامت بزنید.

☐ صدمات جسمی، بیماری‌ها یا مشکلات جسمانی

☐ بیماری‌ها یا مشکلات سلامت روان (روان‌شناختی یا روان‌پزشکی)

☐ سوءمصرف الکل و/یا مواد مخدر

☐ کمک‌های نقدی، مزایای Medi-Cal یا سایر خدمات اجتماعی و سلامت دریافت‌شده

☐ سایر (در صورت انتخاب، باید توضیح داده شود): _____

ارائه‌دهندگان افشاکننده اطلاعات. همه موارد مربوطه را علامت بزنید. در صورت علامت زدن هر مورد، نام ارائه‌دهنده را ذکر کنید.

☐ مراکز و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی: _____

☐ ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی: _____

☐ برنامه‌های Medi-Cal، شامل کارکنان IHSS در شهرستان: _____

☐ مراقبان/ارائه‌دهندگان خدمات IHSS: _____

☐ ارائه‌دهندگان خدمات پشتیبانی جامعه: _____

☐ مؤسسات و ارائه‌دهندگان خدمات مالی: _____

☐ سایر موارد (نوع و نام ارائه‌دهنده را ذکر کنید): _____

☐ سایر موارد (نوع و نام ارائه‌دهنده را ذکر کنید): _____

افراد مجاز به افشای اطلاعات (شامل هر فردی که ممکن است اطلاعات مربوط به شرکت‌کننده را به اشتراک بگذارد یا دریافت کند؛ مانند مراقب (مراقبان) غیررسمی، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد.) همه موارد مربوطه را علامت بزنید. در صورت علامت زدن هر مورد، نام و نسبت فرد را ذکر کنید.

☐ _____ نسبت: _____

☐ _____ نسبت: _____

☐ _____ نسبت: _____

☐ _____ نسبت: _____

☐ _____ نسبت: _____

☐ _____ نسبت: _____

MSSP از اطلاعات حفاظت‌شده سلامت شرکت‌کننده برای هدف (های) زیر استفاده یا آن را افشا می‌کند:

تعیین واجد شرایط بودن شرکت‌کننده برای ورود به برنامه MSSP، مدیریت مراقبت، انجام ارزیابی‌های سلامت یا روانی‌اجتماعی، انجام امور اداری توسط کارکنان، و یا بنا به درخواست خود فرد.
می‌دانم که در ارتباط با این مجوز، از حقوق زیر برخوردار هستم:

1. مرکز MSSP _____، به عنوان دریافت‌کننده‌ی اطلاعات حفاظت‌شده سلامت، مجاز به افشای بیشترِ این اطلاعات نیست؛ مگر آنکه مرکز MSSP _____ مجوز دیگری از اینجانب دریافت نماید، و یا افشای اطلاعات طبق قوانین جاری مجاز باشد.

2. امضای این مجوز، شرط دریافت درمان (یعنی خدمات)، پرداخت هزینه‌ها یا واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا نیست.

3. مرکز MSSP _____ یک نسخه از این مجوز را در اختیار من قرار خواهد داد.

4. می‌توانم در هر زمان، با ارسال از طریق پست یا تحویل حضوری یک درخواست کتبی و امضاشده برای لغو این مجوز به مرکز MSSP، این مجوز را لغو کنم. _____.
این لغو از زمان دریافتِ اطلاعیه لازم‌الاجرا خواهد بود؛ مگر در مواردی که مرکز MSSP _____ پیش از آن، بر پایه این مجوز اقداماتی را انجام داده باشد. این لغو مجوز تا زمانی معتبر خواهد بود که مجدداً به‌صورت کتبی اجازه استفاده یا افشای اطلاعات سلامت حفاظت‌شده را صادر کنم، مگر در مواردی که استفاده یا افشای این اطلاعات به موجب قانون الزامی یا مجاز باشد.

5. می‌دانم که پس از افشای این اطلاعات برای هر یک از دریافت‌کنندگانِ درج‌شده در این فرم، ممکن است این اطلاعات دیگر تحت حمایت قوانین فدرال حفظ حریم خصوصی (HIPAA) نباشد و دریافت‌کننده نیز بتواند آن را دوباره با دیگران به اشتراک بگذارد (یعنی مجدداً افشا کند). ممکن است قوانین ایالتی یا سایر قوانین فدرال، دریافت‌کننده را ملزم کنند که پیش از افشای مجدد این اطلاعات، مجوز من را دریافت کند.

6. می‌دانم که این مجوز، صرف‌نظر از هرگونه درخواست لغو که ممکن است ارائه کنم، به‌طور خودکار دو (2) سال پس از تاریخ این مجوز منقضی خواهد شد.

7. مرکز MSSP _____ بدون کسب اجازه از من، از اطلاعات حفاظت‌شده سلامتم برای اهداف بازاریابی استفاده نخواهد کرد یا آن را افشا نخواهد نمود، و در قبال استفاده یا افشای این اطلاعات هیچ‌گونه وجه یا منفعتی دریافت نخواهد کرد.

این مجوز **2 (دو) سال پس از تاریخ امضا**منقضی خواهد شد. اگر لازم باشد مجوز یک ارائه‌دهنده یا فرد، پیش از تاریخ انقضا لغو شود، لطفاً کنار تاریخ انقضای مربوط به آن ارائه‌دهنده یا فرد، حروف اختصاری نام و تاریخ را درج کنید.

پذیرفته و تأیید شد:

_____ _____ _____

نام (به خط خوانا) **امضا** **تاریخ**

در صورتی که این فرم توسط نماینده قانونی شخص امضا شده باشد:

_____ _____

نسبت **تلفن**

نوع نمایندگی:

☐ قیم ☐ دارنده وکالت‌نامه دائمی و/یا وکالت‌نامه مراقبت‌های درمانی

☐ سایر موارد: _____