多用途長者服務計劃 (MSSP) - 使用和揭露受保護健康資訊的授權書

參與者姓名：_____ MSSP ID: _____

本人特此授權 MSSP 獲取、發布、使用和揭露以下受聯邦、州和/或地方法律保護的關於我的資訊，用於以下目的：

☐ 確定我是否符合 MSSP 服務的資格

☐ 提供護理管理和健康/社會心理評估

將要使用或揭露的參與者受保護健康資訊的描述。勾選所有適用項。

☐ 身體損傷、疾病或狀況

☐ 精神（心理或精神病）疾病或狀況

☐ 酗酒和/或吸毒

☐ 收到的現金援助、加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 福利或其他社會和健康服務

☐ 其他（如選中，必須說明）：_____

揭露資訊的提供者。勾選所有適用項。如果選中某個方框，請提供提供者的名稱。

☐ 醫療服務提供者和設施：_____

☐ 社會服務提供者：_____

☐ Medi-Cal 計劃（包括居家援助服務 (IHSS) 縣員工）：_____

☐ IHSS 照顧者/提供者：_____

☐ 社區支援服務提供者：_____

☐ 金融機構和服務提供者：_____

☐ 其他（列出提供者類型和名稱）：_____

☐ 其他（列出提供者類型和名稱）：_____

揭露資訊的個人（包括任何可能分享/接收關於參與者資訊的個人，例如非正式照顧者、家人、朋友等）。勾選所有適用項。如果選中某個方框，請提供該個人的姓名和關係。

☐ _____ 關係： _____

☐ _____ 關係： _____

☐ _____ 關係： _____

☐ _____ 關係： _____

☐ _____ 關係： _____

☐ _____ 關係： _____

MSSP 正在出於以下目的使用或揭露參與者的受保護健康資訊：

為了確定參與者是否有資格參加 MSSP，為了對其進行護理管理，為了對其進行健康/社會心理評估，為了員工的行政目的，以及當個人提出請求時。
我理解，就本授權而言，我享有以下權利：

1. MSSP _____ 站點，作為受保護健康資訊的接收者，不得進一步揭露該等資訊，除非 MSSP _____ 站點獲得我的另一項授權，或法律允許揭露。

2. 我可能不需要簽署本授權書即可獲得治療（即服務）、付款或享受福利。

3. MSSP _____ 站點將向我提供一份此授權書的副本。

4. 如需撤銷此授權，我可以隨時郵寄或親自遞交一份已簽署的書面撤銷通知給 MSSP _____ 站點。該撤銷自收到時立即生效，但 MSSP _____ 站點已根據此授權採取行動的情形除外。除非法律要求或允許揭露受保護的健康資訊，否則該撤銷將一直有效，直至我以書面形式授權揭露受保護的健康資訊。

5. 我理解，一旦該等資訊提供給本表格上列出的任何接收者，該等資訊可能不受聯邦隱私法健康保險可攜性和責任法案 (HIPAA) 的保護，並且接收者可能會進一步分享該等資訊（即，可能再次揭露）。州法律或其他聯邦法律可能要求接收者在進一步揭露之前獲得我的授權。

6. 我理解，無論我是否提出其他撤銷請求，本授權自授權之日起兩 (2) 年後將自動失效。

7. MSSP _____ 站點不會將受保護的健康資訊用於行銷目的，也不會在未經許可的情況下因使用或揭露我的受保護健康資訊而獲得報酬。

本授權書**自簽署之日起兩 (2) 年後**失效。*如果需要在失效日之前撤銷提供者或個人的許可，請在提供者/個人旁邊簽署姓名縮寫並註明失效日期。*

已接受並同意：

_____ _____ _____

工整書寫姓名 **簽名** **日期**

如果由個人代表簽署：

_____ _____

關係 **電話**

代表的類型：

☐ 保護人 ☐ 醫療保健的持久授權書和/或醫療授權書

☐ 其他：_____