

ПОДДЕРЖКА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (CS)

Разрешение на использование, передачу и/или раскрытие
моей конфиденциальной медицинской и личной информации

Цель документа

Поставщики медицинских услуг, страховые компании и органы социального обслуживания совместно предоставляют вам **Поддержку по месту жительства (CS)** с целью улучшения состояния вашего здоровья и благополучия. Чтобы позволить Partnership HealthPlan of California (**Partnership**) и / или другим организациям делиться вашей медицинской и другой личной информацией друг с другом в рамках обслуживания, вы должны дать на это соответствующее разрешение. Заполняя эту форму, вы даете разрешение на использование и раскрытие вашей медицинской и другой личной информации следующими организациями, участвующими в CS (**Организациям CS**): поставщикам медицинских услуг, например больницам, врачам и аптекам; Partnership и другим страховым планам медицинского обслуживания, которые управляют льготами Medi-Cal и оплачивают услуги, получаемые вами в рамках Medi-Cal; общественным организациям, которые должны соблюдать законы о неприкосновенности частной жизни в сфере здравоохранения; поставщикам услуг в школах, например медсестрам, социальным работникам и психологам; калифорнийским департаментам здравоохранения, социальным службам и агентствам по развитию; другим организациям на уровне округа, включая, помимо прочего, агентствам по охране психического здоровья; а также поставщикам услуг и кураторам в исправительных учреждениях, но исключительно в целях, перечисленных ниже. Ваше разрешение позволит организациям CS использовать и раскрывать вашу медицинскую и другую личную информацию в следующих целях (**Цели**): позволить этим организациям удовлетворять ваши медико-социальные потребности, включая помощь при переезде в новое жилье, получение жилищных депозитов, краткосрочную аренду жилья после госпитализации, краткосрочный уход по месту жительства, включая предоставление жилья, питания и постоянного медицинского наблюдения, предоставление услуг сиделки, участие в дневных реабилитационных программах, оказание помощи при переходе из медицинского учреждения в дом престарелых или частное жилье, предоставление услуг на дому, помощь в адаптации или модификации жилья, предоставление медицинского питания и услуг вытрезвителей (**Цели**). Такая информация может передаваться в безопасном электронном формате, в письменной форме или устно во время встреч по координации предоставляемых вам услуг.

Сведения об участнике

Имя:	Фамилия:
Адрес:	
Номер телефона:	Дата рождения:
Ид. №/СIN участника:	
Я разрешаю и прошу Partnership HealthPlan of California и организации CS , перечисленные в Приложении А , использовать и передавать друг другу мою медицинскую или другую личную информацию в целях, указанных в настоящем Разрешении.	
Выберите ОДИН из следующих вариантов:	

ИНИЦИАЛЫ	Согласие на коммуникацию в рамках CS: проставляя здесь свои инициалы, я разрешаю ВСЕМ организациям CS, перечисленным в Приложении А, использовать и передавать мою медицинскую и иную личную информацию, относящуюся к моей истории болезни, физическому и эмоциональному состоянию и получению социальных услуг, а также взаимодействовать друг с другом в целях предоставления мне услуг CS. Категории медицинской и другой конфиденциальной информации, которые я разрешаю передавать организациям CS, включают в себя: (a) Защищенная медицинская информация (PHI), включая информацию о состоянии моего здоровья, истории болезни, результатах лабораторных анализов, текущих или будущих состояниях и лечении; (b) Информация о психическом здоровье, включая текущие и прошлые диагнозы и методы лечения моих психических расстройств, за исключением записей о проведенной психотерапии, которые передаются только в случае подписания мной отдельной формы; (c) Информация о прохождении индивидуальной образовательной программы и другая информация о социальных услугах, предоставляемых в школе; (d) Информация о праве на участие в программе Medi-Cal, которая включает в себя сведения о моем доходе и другие демографические и географические сведения, относящиеся к моему праву на получение услуги и льгот; (e) Информация о наличии или отсутствии жилья, в том числе мой жилищный статус, история и получаемая помощь; и (f) Ограниченная информация об уголовном преследовании, в том числе данные о бронировании, дата и место заключения, а также мой надзорный статус. Данное согласие не распространяется на мою судимость, предъявленные обвинения и иммиграционный статус.
ИНИЦИАЛЫ	Отказ от участия в CS: Я понимаю, что программа CS позволяет организациям CS связываться друг с другом в целях координации моего обслуживания. Я отказываюсь от участия в программе CS. Я могу попросить об участии в программах управления обслуживанием, критериям которых я соответствую.

Кроме того, указывая ниже свои инициалы, я дополнительно разрешаю разглашать следующую информацию (эта информация НЕ будет разглашаться, если вы не дадите специального разрешения):

ИНИЦИАЛЫ	Информация о психическом здоровье, в том числе диагноз, план лечения и название поставщика медицинских услуг. Сюда не входят заметки о проведенной психотерапии, если я не подпишу отдельную форму согласия.
ИНИЦИАЛЫ	Результаты анализа на ВИЧ (Кодекс охраны здоровья и безопасности § 120980 (g))

Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ	
Информация об употреблении психоактивных веществ (SUD) защищена федеральными законами о конфиденциальности (42 CFR, Часть 2). Федеральные законы не допускают дальнейшего разглашения информации, указывающей на то, что пациент имеет или имел расстройства,	

связанные с употреблением психоактивных веществ, как в общедоступном формате, так и через других лиц, если на такое разглашение не было получено письменного согласия субъекта данных или если оно не было разрешено иным образом, предусмотренным 42 CFR, Частью 2. Федеральные законы ограничивают любое использование информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, в целях проведения расследований или судебного преследования за исключением случаев, предусмотренных §§ 2.12(c)(5) и 2.65. Заполняя этот раздел, вы разрешаете организациям CS использовать и раскрывать следующую информацию SUD для целей, описанных в настоящей форме: ваши текущие и прошлые диагнозы, связанные с употреблением наркотиков или алкоголя, принимаемые вами препараты, получаемое вами лечение, результаты лабораторных анализов, история травм, выписки из медицинских учреждений и любая другая информация SUD, полученная от поставщика услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ / алкоголя, в соответствии с федеральными законами в отношении SUD (42 C.F.R., Часть 2). Информация SUD (или содержащиеся в ней сведения), которая используется или раскрывается в целях лечения, проведения оплаты или оказания медицинской помощи некоторыми организациями CS, в том числе поставщиками медицинских услуг, может быть повторно раскрыта в соответствии с федеральными нормами HIPAA, за исключением случаев использования и раскрытия такой информации в рамках гражданских, уголовных, административных и прочих юридических разбирательств. Консультационные записи по вопросам SUD не будут передаваться, если вы не подпишете отдельную форму согласия.

ИНИЦИАЛЫ	Проставьте свои инициалы здесь, чтобы разрешить организациям CS, перечисленным в Приложении А , использовать и передавать вашу информацию SUD, как описано выше, за исключением консультационных записей по вопросам SUD.
----------	--

Истечение срока действия формы

Выберите ОДИН из следующих вариантов:

ИНИЦИАЛЫ	Стандартный срок действия: Срок действия этой формы истекает через 1 год с сегодняшней даты; ИЛИ
ИНИЦИАЛЫ	Истечение: Срок действия этой формы истекает: _____. Этот срок не может составлять менее 6 месяцев (в целях участия в программе CS) или более 5 лет с сегодняшней даты.

Я понимаю, что:

- Я могу отозвать это Разрешение в любое время, позвонив в Partnership по телефону (800) 863-4115 или отправив подписанный запрос на отзыв по адресу:
Partnership HealthPlan of California
Attn: Enhanced Health Services
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
- Отзыв вступает в силу с момента получения, но может не распространяться на уже переданную информацию на основании моего предварительного согласия на использование или разглашение информации.
- Отказ от подписывания настоящей формы не повлияет на мое лечение или обслуживание, мое право на получение или возможность получения услуг, а также на их оплату. Тем не менее, возможность получать услуги CS может быть ограничена, если я не подпишу данное Разрешение.

- Даже если я не подпишу настоящую форму, в соответствии с федеральными законами и законами штата о неприкосновенности частной жизни, некоторые из организаций CS могут передавать мою конфиденциальную информацию в целях лечения, проведения оплаты и в других целях, но поставщики, подпадающие под действие федеральных законов о конфиденциальности данных об употреблении психоактивных веществ, как правило, не могут передавать мою информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, без моего согласия (42 CFR, Часть 2).
- Информация, которую я разрешаю использовать и передавать, может быть повторно передана организациям CS только в соответствии с настоящим согласием и применимым законодательством.
- Я могу просмотреть или получить копию передаваемой медицинской информации.
- Я имею право запросить копию согласия, которая будет отправлена мне.
- Я могу получить список всех организаций CS, которым была раскрыта моя личная информация, включая организации, указанные в **Приложении А**, обратившись в Partnership.
- Добровольно указывая мой номер телефона выше, я даю согласие на получение текстовых сообщений или звонков в связи с настоящим согласием и передачей моей медицинской и другой конфиденциальной информации (могут применяться стандартные тарифы за отправку сообщений и передачу данных).
- Каждое из вышеуказанных прав распространяется на любого представителя, которого я уполномочиваю в соответствии с действующим законодательством.

Подпись участника

Если вы подписываете настоящее согласие от своего имени, заполните первую строку. Если вы подписываете согласие от имени другого лица, заполните вторую строку. Если вы подписываете согласие от имени несовершеннолетнего лица в возрасте от 12 до 17 лет, несовершеннолетнее лицо должно заполнить первую строку, а вы — вторую.

Наименование получателя	Подпись получателя	Дата (ММ/ДД/ГГГГ)
Имя и фамилия личного представителя	Подпись представителя	Дата (ММ/ДД/ГГГГ)