**SAPC-ի «Վճարման և առողջապահական գործառնությունների համաձայնություն» ձևը լրացնելու հրահանգներ**

Այս համաձայնության ձևի նպատակն է թույլատրել նյութերի օգտագործման խանգարման (SUD) բուժման նպատակով մատուցված բոլոր ծառայությունների դիմաց վճարումը, ինչպես նաև թույլատրել SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ձեզ ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողներից SAPC-ին փոխանցել **42 CFR Part 2**-ով պաշտպանված՝ SUD-ի վերաբերյալ ձեր առողջական տեղեկատվությունը: SAPC-ն այս դեպքում հանդես է գալիս որպես SUD ծառայությունների համար Medi-Cal-ի մասնագիտացված SUD ծրագիր՝ ստացված ծառայությունների դիմաց վճարման և առողջապահական այլ գործառնությունների նպատակներով: HIPAA-ի համաձայն՝ «առողջապահական գործառնությունները» ներառում են մի շարք գործողություններ, օրինակ՝ աուդիտորական ծառայությունների իրականացումը կամ կազմակերպումը, ներառյալ խարդախության և չարաշահման դեպքերի հայտնաբերումը, համապատասխանության ապահովման ծրագրերը, գործունեության կառավարումը և ընդհանուր վարչական գործողությունները: Սույն համաձայնությունը նաև թույլատրում է վճարման պահանջներ ներկայացնել Կալիֆոռնիայի Առողջապահական ծառայությունների վարչությանը (DHCS), կառավարվող բուժօգնության ծրագրերին (MCP) և երրորդ կողմի այլ վճարողներին, ստանալ դրանց վճարումը, ինչպես նաև բացահայտել պահանջները ներկայացնելու և մշակելու համար անհրաժեշտ ամբողջ տեղեկատվությունը:

Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ ձեր թույլտվությունը կամավոր է, և դուք կարող եք հրաժարվել համաձայնության այս ձևը ստորագրելուց: Սակայն, եթե չստորագրեք այս համաձայնությունը, դուք ստանձնում եք բոլոր վճարումների պատասխանատվությունը, ներառյալ այն գումարները, որոնց համար այլապես հաշիվ կներկայացվեր SAPC-ին կամ որոնք SAPC-ն՝ որպես Medi-Cal-ի մասնագիտացված SUD ծրագիր, կամ կիրառելի երրորդ կողմի որևէ վճարող կփոխհատուցեր: Դուք նաև պատասխանատու կլինեք դրանց հետ կապված՝ ձեր անձնական միջոցներից վճարվող բոլոր ծախսերի համար: Խնդրում ենք շարունակելուց առաջ ծանոթանալ այս հրահանգներին:

## Ուշադիր կարդացեք յուրաքանչյուր բաժին

Այս ձևը ներառում է մի քանի բաժիններ, որոնք նկարագրում են՝

- **Ինչ տեղեկատվություն** կարող է փոխանցվել
- **Ո՞վ** կարող է փոխանցել և ստանալ տեղեկատվությունը
- **Ինչո՞ւ** է տեղեկատվությունը փոխանցվում
- Տեղեկատվության բացահայտման թույլտվության **գործողության ժամկետը**
- Տեղեկատվության բացահայտման թույլտվությունը հետ կանչելու **ձեր իրավունքները**
- Ստորագրելուց հրաժարվելու **ձեր իրավունքը** և դրա հետևանքները

Խնդրում ենք ստորագրելուց առաջ ուշադիր **կարդալ և վերանայել յուրաքանչյուր բաժինը**:

## Ո՞վ կարող է փոխանցել և ստանալ ձեր տեղեկատվությունը

Ստորագրելով այս ձևը՝ դուք համաձայնում եք թույլատրել SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ձեզ ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողներից SAPC-ին փոխանցել 42 CFR Part 2-ով պաշտպանված՝ SUD-ի վերաբերյալ ձեր առողջական տեղեկատվությունը: SAPC-ն այս դեպքում հանդես է գալիս որպես Medi-Cal-ի մասնագիտացված SUD ծրագիր՝ վճարման և առողջապահական այլ գործառնությունների նպատակներով: Դուք նաև թույլատրում եք ձեր բժշկական գրառումից տեղեկատվություն փոխանցել SAPC-ին կամ երրորդ կողմի այլ վճարողներին, ներառյալ պահանջներ ներկայացնելու և մշակելու համար անհրաժեշտ ամբողջ տեղեկատվությունը, օրինակ՝ ձեր անունը, ծննդյան ամսաթիվը, հասցեն, բժշկական ախտորոշումները և ձեզ մատուցված ծառայությունները:

Խնդրում ենք ծանոթանալ Բաժին II-ին՝ «Առողջական տեղեկատվությունը փոխանցելու լիազորություն ունեցող կազմակերպություններն ու անձինք», և Բաժին III-ին՝ «Այլ կարևոր տեղեկություններ»:

## Ծանոթացեք HIPAA-ով և 42 CFR Part 2-ով նախատեսված ձեր իրավունքներին

Այս ձևը սահմանում է ձեր իրավունքները Դաշնային և Նահանգային օրենքների համաձայն: Դուք իրավունք ունեք՝

- **Հրաժարվել** այս թույլտվության ստորագրումից
- Ցանկացած ժամանակ գրավոր կամ անձամբ **հետ կանչել** ձեր թույլտվությունը
- **Ստանալ լրացված** ձևի պատճենը
- **Ակնկալել գաղտնիության պաշտպանություն**, ներառյալ տեղեկատվության հետագա բացահայտման սահմանափակումները**:**

HIPAA-ով և 42 CFR Part 2-ով նախատեսված ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Բաժին III-ը՝ «Այլ կարևոր տեղեկություններ», և Բաժին V-ը՝ «Բացահայտումներին կից ծանուցում»:

## Թույլտվության գործողության ժամկետի ավարտը

Այս թույլտվությունն անժամկետ է և ուժի մեջ կմնա, եթե չորոշեք այն հետ կանչել:

Ձեր թույլտվության հետ կապված իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Բաժին III-ը՝ «Այլ կարևոր տեղեկություններ», և Բաժին VI-ը՝ «Համաձայնության հետկանչը»:

## Ձեր թույլտվության հետկանչը

Դուք կարող եք ցանկացած պահի հետ կանչել ձեր թույլտվությունը՝ այդ մասին գրավոր կամ անձամբ տեղեկացնելով ձեզ բուժող ծառայություն մատուցողին կամ ծրագրին: Թույլտվության հետկանչը հետադարձ ուժ **չունի և չի վերաբերում** մինչև հետկանչի մասին ծանուցումն ստանալը արդեն փոխանցված տեղեկատվությանը: Մինչև համաձայնության հետկանչը մատուցված ծառայությունները վճարման և առողջապահական գործառնությունների նպատակներով կշարունակեն համարվել թույլատրված:

Չեղարկման բաժինը պետք է ստորագրվի **և** անչափահասի, և նրա ծնողի, խնամակալի կամ օրինական ներկայացուցչի կողմից, եթե վերջիններիս համաձայնությունը պահանջվում է անչափահասի՝ նյութերի օգտագործմամբ պայմանավորված խանգարումների (SUD) խորհրդատվության կամ բուժման համար: Ծնողը, խնամակալը կամ օրինական ներկայացուցիչը պետք է տպատառերով գրի իր լրիվ անունը, ստորագրի և նշի ամսաթիվը IV բաժնի՝ «Հաճախորդի կամ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը» առաջին տողում, իսկ դրանից ներքև գտնվող տողում նշի հաճախորդի հետ իր ունեցած փոխհարաբերությունը: Անչափահասը պետք է տպատառերով գրի իր անունը և ստորագրի առաջին վկայի համար նախատեսված ստորագրության դաշտում:

Ձեր թույլտվությունը հետ կանչելու կարգի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Բաժին III-ը՝ «Այլ կարևոր տեղեկություններ», և Բաժին VI-ը՝ «Համաձայնության հետկանչը»:

## Տեղեկատվության էլեկտրոնային փոխանակում և անվտանգություն

Բոլոր բացահայտումները, ներառյալ էլեկտրոնային եղանակով կատարվածները, պետք է համապատասխանեն՝

- **HIPAA-ի** պահանջներին
- **42 CFR Part 2-ին**
- **Գաղտնիության մասին** այլ կիրառելի դաշնային և նահանգային օրենքներին

## Ստորագրեք ձևը և նշեք ամսաթիվը

Ձեր ստորագրությունը հաստատում է, որ՝

- Դուք **հասկանում եք** ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը:
- Դուք **թույլատրում եք** նկարագրված **տեղեկատվության բացահայտումը**
- Դուք **հասկանում եք HIPAA-ով և 42 CFR Part 2-ով նախատեսված ձեր իրավունքները**:

Եթե ստորագրում եք որպես **օրինական ներկայացուցիչ**, պետք է նշեք, թե ինչ լիազորությամբ եք ստորագրում: Օրինական լիազորության օրինակներից են՝ ծնող, օրինական խնամակալ, հոգաբարձու, ժառանգական գույքի կառավարիչ կամ կտակակատար, լիազորագրով լիազորված անձ և/կամ մերձավոր ազգական: Ձեզանից կպահանջվի լրացուցիչ փաստաթղթեր ներկայացնել՝ հաճախորդի անունից համաձայնություն տալու ձեր լիազորությունը հաստատելու համար:

Եթե ստորագրում եք որպես նշանի միջոցով կատարված ստորագրության վկա, խնդրում ենք համապատասխան բաժնում լրացնել ձեր տվյալները:

Համաձայնության ձևը պետք է ստորագրվի **և** անչափահասի, և նրա ծնողի, խնամակալի կամ օրինական ներկայացուցչի կողմից, եթե վերջիններիս համաձայնությունը պահանջվում է անչափահասի՝ նյութերի օգտագործմամբ պայմանավորված խանգարումների (SUD) խորհրդատվության կամ բուժման համար: Ծնողը, խնամակալը կամ օրինական ներկայացուցիչը պետք է տպատառերով գրի իր լրիվ անունը, ստորագրի և նշի ամսաթիվը IV բաժնի՝ «Հաճախորդի կամ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը» առաջին տողում, իսկ դրանից ներքև գտնվող տողում նշի հաճախորդի հետ իր ունեցած փոխհարաբերությունը: Անչափահասը պետք է տպատառերով գրի իր անունը և ստորագրի առաջին վկայի համար նախատեսված ստորագրության դաշտում:

## Վերադարձրեք լրացված ձևը

Ստորագրված ձևը վերադարձրեք ձեր հարցումը մշակելու համար պատասխանատու ծառայություն մատուցողին, ծրագրին կամ գործակալությանը: Դուք կարող եք պատճեն պահանջել՝ ձեր անձնական գրառումների համար:

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

# ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՉԱՐԱՇԱՀՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ ԵՎ ՎԵՐԱՀՍԿՈՒՄ (SAPC)

# ՎՃԱՐՄԱՆ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱՌՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

**Համաձայնության և բացահայտման նպատակը.** սույն համաձայնության նպատակն է թույլատրել նյութերի օգտագործման խանգարման (SUD) բուժման նպատակով ինձ մատուցված բոլոր ծառայությունների դիմաց վճարումը, ինչպես նաև թույլատրել SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ինձ ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողներից SAPC-ին փոխանցել 42 CFR Part 2-ով պաշտպանված՝ SUD-ի վերաբերյալ իմ առողջական տեղեկատվությունը: SAPC-ն այս դեպքում հանդես է գալիս որպես SUD ծառայությունների համար Medi-Cal-ի մասնագիտացված SUD ծրագիր՝ ստացված ծառայությունների դիմաց վճարման և առողջապահական այլ գործառնությունների նպատակներով: Սույն համաձայնությունը նաև թույլատրում է վճարման պահանջներ ներկայացնել Կալիֆոռնիայի Առողջապահական ծառայությունների վարչությանը (DHCS), կառավարվող բուժօգնության ծրագրերին (MCP) և երրորդ կողմի այլ վճարողներին, ստանալ դրանց վճարումը, ինչպես նաև բացահայտել պահանջները ներկայացնելու և մշակելու համար անհրաժեշտ ամբողջ տեղեկատվությունը:

| **I. ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ** | | |
|---|---|---|
| Անուն (Ազգանուն, Անուն և Հայրանուն)՝ | Ծննդյան ամսաթիվ. | Medi-Cal #՝ |
| Էլեկտրոնային հասցե.<br><br>Ձեր Էլփոստի հասցեն տրամադրելով՝ դուք թույլատրում եք SAPC-ին և SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցին կապ հաստատել ձեզ հետ էլփոստով: | Հեռախոսահամար. | SSN-ի վերջին 4 թվանշանները |
| Հասցե՝ | | Sage ID #՝ |

## II. ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՓՈԽԱՆՑԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ՈՒ ԱՆՁԻՆՔ

Ես համաձայնություն եմ տալիս, որ SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ինձ ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողներից SAPC-ին փոխանցվի 42 CFR Part 2-ով պաշտպանված՝ SUD-ի վերաբերյալ իմ առողջական տեղեկատվությունը, երբ SAPC-ն հանդես է գալիս որպես Medi-Cal-ի մասնագիտացված SUD ծրագիր՝ վճարման և առողջապահական այլ գործառնությունների նպատակներով: Ես թույլատրում եմ իմ բժշկական գրառումից տեղեկատվություն փոխանցել SAPC-ին կամ երրորդ կողմի այլ վճարողներին, ներառյալ վճարման պահանջները ներկայացնելու և մշակելու համար անհրաժեշտ ամբողջ տեղեկատվությունը, օրինակ՝ իմ անունը, ծննդյան ամսաթիվը, հասցեն, բժշկական ախտորոշումը և ինձ մատուցված ծառայությունների մասին տվյալները:

## III. ԱՅԼ ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ստորագրելով այս Համաձայնության ձևը՝ ես հասկանում եմ, որ՝

- **Համաձայնության գործողության ժամկետի ավարտը.** սույն թույլտվությունն ուժի մեջ կմնա մինչև այն հետ կանչելը:
- Ալկոհոլի և/կամ թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված իմ բուժման գրառումները պաշտպանված են պացիենտների՝ թմրամիջոցների չարաշահման բուժման վերաբերյալ գրառումների գաղտնիությունը կարգավորող դաշնային կանոնակարգերով՝ 42 C.F.R. Part 2-ով, ինչպես նաև 1996 թվականի Առողջության ապահովագրության փոխանցելիության և հաշվետվողականության մասին օրենքով («HIPAA»)՝ 45 C.F.R. Parts 160 և 164: Դրանք չեն կարող բացահայտվել առանց իմ գրավոր համաձայնության, եթե նշված կանոնակարգերով այլ բան թույլատրված չէ:
- **Չստորագրելու իրավունք.** սույն համաձայնությունը վերաբերում է իմ բուժօգնության և առողջապահական այլ գործառնությունների վճարմանը: Ես գիտակցում եմ, որ իրավունք ունեմ չստորագրելու այս համաձայնությունը: Եթե չստորագրեմ այս համաձայնությունը, ես ստանձնում եմ բոլոր վճարումների պատասխանատվությունը, ներառյալ այն գումարները, որոնց համար այլապես հաշիվ կներկայացվեր SAPC-ին կամ որոնք SAPC-ն՝ որպես Medi-Cal-ի մասնագիտացված SUD ծրագիր, ինչպես նաև կիրառելի երրորդ կողմի այլ վճարողները կփոխհատուցեին: Ես նաև պատասխանատու կլինեմ դրանց հետ կապված՝ իմ անձնական միջոցներից վճարվող բոլոր ծախսերի համար:
- Ես ընդունում եմ, որ այս թույլտվությունն անհրաժեշտ է բուժման կամ արտոնությունների համար իմ իրավասությունը որոշելու կամ իմ ստացած բուժման դիմաց վճարելու նպատակով, սակայն SAPC-ն չի կարող իմ

բուժումը պայմանավորել այս թույլտվությունը տրամադրելով:

- Ես իրավունք ունեմ ստանալու համաձայնության այս ձևի պատճենը: Համաձայնության այս ձևի պատճենն ունի նույն իրավական ուժը, ինչ բնօրինակը:
- **Տեղեկատվության հետագա բացահայտում**. ալկոհոլի կամ թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված բուժման վերաբերյալ տեղեկատվությունը, որը բացահայտվել է HIPAA-ի գործողության շրջանակում գտնվող կազմակերպությանը կամ գործարար գործընկերոջը, կարող է հետագայում բացահայտվել HIPAA-ի կանոնակարգերով նախատեսված թույլտվություններին համապատասխան:
- **Հետագա բացահայտման սահմանափակումներ.** բացահայտված տեղեկատվությունը չի կարող հետագայում բացահայտվել հաճախորդի դեմ քաղաքացիական, քրեական, վարչական կամ օրենսդրական վարույթներում օգտագործելու նպատակով՝ առանց բացառապես այդ նպատակի համար նախատեսված լրացուցիչ համաձայնության ձևի, որը համապատասխանում է 42 C.F.R. Part 2-ի պահանջներին:
- Ես իրավունք ունեմ ցանկացած ժամանակ գրավոր կամ անձամբ հետ կանչելու այս համաձայնությունը՝ այդ մասին տեղեկացնելով նյութերի օգտագործման խանգարման բուժում իրականացնող իմ ծառայություն մատուցողին, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ծառայություն մատուցողը կամ տեղեկատվությունն օրինականորեն տնօրինող այլ անձ արդեն գործել է՝ հիմնվելով այս համաձայնության վրա: Համաձայնությունը գրավոր կերպով հետ կանչելու համար կարող եմ օգտագործել այս ձևի «Համաձայնության հետկանչ» բաժինը: Համաձայնության հետկանչի մասին իմ ծանուցումն ստանալուց հետո իմ ծառայություն մատուցողը կամ SAPC-ն կդադարեցնի համաձայնության գործողությունը՝ ապագայում տեղեկատվության բացահայտման մասով: Ես հասկանում եմ, որ մինչև այս համաձայնության ձևը հետ կանչելը կատարված բացահայտումները հնարավոր չէ հետ վերցնել, և այն կազմակերպությունները կամ անձինք, որոնց տեղեկատվությունը բացահայտվել է, պարտավոր չեն վերադարձնել կամ ոչնչացնել ստացված տեղեկատվությունը:

## IV. ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԿԱՄ ՕՐԻՆԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ստորև ստորագրելով՝ հաստատում եմ, որ կարդացել եմ համաձայնության ձևը և հասկանում եմ, որ իմ ստորագրությամբ թույլատրում եմ իմ առողջական տեղեկատվության բացահայտումը՝ սույն ձևում նկարագրված կարգով: Ես հասկանում եմ, որ այս ձևի ստորագրումը կամավոր է, և ես իրավունք ունեմ հրաժարվելու այն ստորագրելուց:

**Հաճախորդի կամ հաճախորդի օրինական ներկայացուցչի անունը և ստորագրությունը՝**

Եթե հաճախորդը չի կարող գրել, նա կարող է նշան դնել ստորագրության համար նախատեսված տողում: Նշանով ստորագրելու համար պահանջվում է երկու վկա: Վկան պետք է հաճախորդի անվան համար նախատեսված տողում գրի հաճախորդի անունը, «Վկայի անունը տպատառերով» տողերից մեկում գրի իր անունը և ստորագրի ստորև՝ վկայի համար նախատեսված դաշտում: Երկրորդ վկան պետք է «Վկայի անունը տպատառերով» հաջորդ տողում գրի իր անունը և ստորագրի վկայի համար նախատեսված համապատասխան դաշտում՝ հաստատելով հաճախորդի՝ ստորագրության փոխարեն դրված նշանով կատարված ստորագրությունը:

_____ _____ _____ / _____ / _____
Անունը տպատառերով (անուն, հայրանուն և ազգանուն) Ստորագրություն Ամիս Օր Տարի

Եթե ստորագրում է հաճախորդի օրինական ներկայացուցիչը, նշե՛ք հաճախորդի հետ ունեցած կապը և ստորագրելու լիազորության հիմքը՝

_____

**Վկաների անունները և ստորագրությունները՝**

Եթե հաճախորդը չի կարող գրել և վերևում որպես ստորագրություն նշան է դրել, պահանջվում է, որ երկու վկա լրացնեն վկաների բաժինը՝ ստորև գրելով իրենց անունները և ստորագրելով:

1. _____
Վկայի անունը տպատառերով (անուն, հայրանուն և ազգանուն)

_____
Ստորագրություն

2. _____
Վկայի անունը տպատառերով (անուն, հայրանուն և ազգանուն)

_____
Ստորագրություն

## V. ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄՆԵՐԻՆ ԿԻՑ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Սույն գրառումը, որը բացահայտվել է ձեզ, պաշտպանված է գաղտնիության մասին դաշնային կանոններով (42 CFR Part 2): Այս կանոններն արգելում են ձեզ օգտագործել կամ բացահայտել սույն գրառումը կամ այս գրառման մեջ պարունակվող տեղեկությունները նկարագրող ցուցմունքները պացիենտի դեմ որևէ դաշնային, նահանգային կամ տեղական մարմնի կողմից իրականացվող քաղաքացիական, քրեական, վարչական կամ օրենսդրական վարույթում, եթե դա թույլատրված չէ պացիենտի համաձայնությամբ, բացառությամբ 42 CFR 2.12(c)(5)-ով նախատեսված դեպքերի կամ 42 CFR 2.64-ի կամ 2.65-ի համաձայն դատարանի կողմից թույլատրված դեպքերի: Բացի այդ, դաշնային կանոններն արգելում են սույն գրառման որևէ այլ օգտագործում կամ բացահայտում, եթե չի կիրառվում ստորև նշված պայմաններից առնվազն մեկը՝

(i) Հետագա օգտագործումը կամ բացահայտումը հստակ թույլատրված է այն անձի գրավոր համաձայնությամբ, որի տեղեկությունները բացահայտվում են սույն գրառման մեջ, կամ այլ կերպ թույլատրված է 42 CFR Part 2-ով:

(ii) Դուք HIPAA-ի գործողության շրջանակում գտնվող կազմակերպություն կամ գործարար գործընկեր եք և գրառումն ստացել եք բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործառնությունների նպատակով, կամ

(iii) Դուք գրառումն ստացել եք HIPAA-ի գործողության շրջանակում գտնվող կազմակերպությունից կամ գործարար գործընկերոջից՝ 45 CFR Part 164-ի A և E ենթաբաժիններով թույլատրված կարգով:

Բժշկական կամ այլ տեղեկատվության բացահայտման ընդհանուր թույլտվությունը ԲԱՎԱՐԱՐ ՉԷ գրառման հետագա օգտագործման կամ հետագա բացահայտման համար պահանջվող գրավոր համաձայնության պարտադիր տարրերը բավարարելու համար (տե՛ս 42 CFR 2.31):

## VI. ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ ԿԱՆՉՈՒՄ

Ես իրավունք ունեմ ցանկացած ժամանակ հետ կանչելու համաձայնության այս ձևը՝ լրացնելով սույն բաժինը և համաձայնության հետկանչի մասին իմ ծանուցումը փոստով կամ անձամբ ներկայացնելով նյութերի օգտագործման խանգարման բուժման ծառայություն մատուցողին, բացառությամբ այն դեպքերի և այն չափով, երբ իմ ծառայություն մատուցողը կամ այլ օրինական տիրապետողն արդեն գործել է՝ հիմնվելով այդ համաձայնության վրա:

**Նյութերի օգտագործման խանգարման բուժման ծառայություն մատուցող կազմակերպության փոստային հասցեն՝**

Կազմակերպության անվանումը կամ անձի անունը՝ _____

Փողոցի հասցեն (տող 1)՝ _____

Փողոցի հասցեն (տող 2՝ բնակարան/գրասենյակ/միավոր)՝ _____

Քաղաք, նահանգ և փոստային ինդեքս՝ _____

Համաձայնության հետկանչի մասին իմ ծանուցումն ստանալուց հետո իմ ծառայություն մատուցողը կդադարեցնի համաձայնության ձևի գործողությունը՝ տեղեկատվության հետագա բացահայտման մասով: Մինչև հետկանչն ստանալը կատարված բացահայտումները հնարավոր չէ հետ վերցնել:

Ստորև ստորագրելով՝ ես հետ եմ կանչում իմ համաձայնությունը՝ վճարման և առողջապահական գործառնությունների նպատակով տեղեկատվության հետագա բացահայտման մասով: Ես հասկանում եմ, որ մինչև այս հետկանչն ստանալը կատարված որևէ բացահայտում հնարավոր չէ հետադարձ ուժով վերացնել կամ հետ վերցնել:

**Հաճախորդի կամ հաճախորդի օրինական ներկայացուցչի անունը և ստորագրությունը՝**

Եթե հաճախորդը չի կարող գրել, նա կարող է նշան դնել ստորագրության համար նախատեսված տողում: Նշանով ստորագրելու համար պահանջվում է երկու վկա: Վկան պետք է հաճախորդի անվան համար նախատեսված տողում գրի հաճախորդի անունը, «Վկայի անունը տպատառերով» տողերից մեկում գրի իր անունը և ստորագրի ստորև՝ վկայի համար նախատեսված դաշտում: Երկրորդ վկան պետք է «Վկայի անունը տպատառերով» հաջորդ տողում գրի իր անունը և ստորագրի վկայի համար նախատեսված համապատասխան դաշտում՝ հաստատելով հաճախորդի՝ ստորագրության փոխարեն դրված նշանով կատարված ստորագրությունը:

| _____ | _____ | _____ / _____ / _____ |
|---|---|---|
| Անունը տպատառերով (անուն, հայրանուն և ազգանուն) | Ստորագրություն | Ամիս Օր Տարի |

Եթե ստորագրում է հաճախորդի օրինական ներկայացուցիչը, նշե՛ք հաճախորդի հետ ունեցած կապը և ստորագրելու լիազորության հիմքը՝

_____

**Վկաների անունները և ստորագրությունները՝**

Եթե հաճախորդը չի կարող գրել և վերևում որպես ստորագրություն նշան է դրել, պահանջվում է, որ երկու վկա լրացնեն վկաների բաժինը՝ ստորև գրելով իրենց անունները և ստորագրելով:

1. _____
Վկայի անունը տպատառերով (անուն, հայրանուն և ազգանուն)

_____
Ստորագրություն

2. _____
Վկայի անունը տպատառերով (անուն, հայրանուն և ազգանուն)

_____
Ստորագրություն

Հաճախորդները, որոնք Տեղեկատվության բացահայտման համաձայնության ձևն անմիջապես ներկայացրել են SAPC-ին, կարող են լրացված Համաձայնության հետկանչի ձևն ուղարկել ապահով էլեկտրոնային փոստով կամ փոստով՝ ստորև նշված հասցեով: Հարցման վավերականությունը հաստատելու համար պետք է կցել պետական մարմնի կողմից տրված պաշտոնական անձը հաստատող փաստաթղթի պատճենը:

SAPC-ի փոստային հասցեն՝
Նյութերի չարաշահման կանխարգելում և վերահսկում
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Էլփոստի հասցեն՝
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Խնդրում ենք նկատի ունենալ. չեն մշակվի SAPC-ին ներկայացված հետկանչի այն հարցումները, որոնց դեպքում հաճախորդը Տեղեկատվության բացահայտման համաձայնության ձևն անմիջապես SAPC-ի հետ չի լրացրել, ինչպես նաև այն հարցումները, որոնց կից չի ներկայացվել պետական մարմնի կողմից տրված վավեր անձը հաստատող փաստաթղթի պատճեն:

**Ինչպես լրացնել SAPC-ի «Վճարման և առողջապահական գործառնությունների համաձայնություն» ձևը**

## Համաձայնության և բացահայտման նպատակը (ձևի վերևի հատվածում)

Այս բաժնում բացատրվում է, որ դուք թույլատրում եք՝

- SAPC-ին ստանալ SUD-ի վերաբերյալ ձեր տեղեկատվությունը՝ **վճարման և առողջապահական գործառնությունների նպատակներով**, և
- SAPC-ին, DHCS-ին, MCP-ներին և այլ վճարողներին ստանալ **վճարման պահանջները ներկայացնելու և մշակելու** համար անհրաժեշտ տեղեկատվությունը:
- **Այս ձևը պարտադիր է**, եթե ցանկանում եք, որ SAPC-ն ձեր SUD ծառայությունների դիմաց վճարման պահանջ ներկայացնի Medi-Cal-ին կամ այլ վճարողներին:

## Բաժին I. Հաճախորդի տվյալները

Լրացրեք ձեր անձնական տվյալները, որպեսզի SAPC-ն և ձեզ ծառայություն մատուցողները կարողանան ճիշտ նույնականացնել ձեր բժշկական գրառումը:

1. **Անուն.** Գրեք ձեր ամբողջական օրինական անունը (ազգանուն, անուն, հայրանուն):
2. **Ծննդյան ամսաթիվ.** Օգտագործեք ամիս/օր/տարի (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) ձևաչափը:
3. **Medi-Cal-ի համարը.** Մուտքագրեք ձեր Medi-Cal համարը, եթե ունեք:
4. **Էլփոստի հասցե.** Մուտքագրեք այն էլփոստի հասցեն, որը պարբերաբար ստուգում եք:
5. **Հեռախոսահամար.** Նշեք այն հեռախոսահամարը, որով հնարավոր է լավագույնս կապ հաստատել ձեզ հետ:
6. **SSN-ի վերջին 4 թվանշանները.** Մուտքագրեք ձեր սոցիալական ապահովության համարի միայն վերջին չորս թվանշանները: Եթե չունեք SSN կամ չգիտեք ձեր SSN-ը, խնդրում ենք դաշտը դատարկ թողնել:
7. **Հասցե.** Ձեր ընթացիկ փոստային հասցեն:
8. **Sage ID համարը.** Նշեք Sage EHR-ում ձեր բժշկական գրառման համարը, եթե այն գիտեք: Եթե չգիտեք, դաշտը դատարկ թողեք կամ հարցրեք ձեզ ծառայություն մատուցողին:

## Բաժին II. Առողջական տեղեկատվությունը փոխանցելու լիազորություն ունեցող կազմակերպություններն ու անձինք

Այս բաժնում գրելու կարիք չկա: Այս բաժնում բացատրվում է, որ դուք թույլատրում եք **SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ձեզ ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողներին** SUD-ի վերաբերյալ ձեր տեղեկատվությունը փոխանցել SAPC-ին և **երրորդ կողմի վճարողներին** (DHCS, MCP-ներ, ապահովագրական ծրագրեր)՝ **վճարման և առողջապահական գործառնությունների նպատակներով:**

## Բաժին III. Այլ կարևոր տեղեկություններ

Այս բաժնում ոչինչ գրելու կարիք չկա: Ուշադիր կարդացեք յուրաքանչյուր ենթաբաժինը:

- **Գործողության ժամկետ.** Ձեր համաձայնությունն ուժի մեջ է մնում, մինչև այն հետ կանչեք:
- **Պաշտպանություն.** ձեր գրառումները պաշտպանված են **42 CFR Part 2-ով** և **HIPAA-ով** նախատեսված դաշնային օրենքներով:
- **Չստորագրելու իրավունք.** դուք կարող եք հրաժարվել ստորագրելուց: Այդ դեպքում պատասխանատու կլինեք **ձեր խնամքի հետ կապված ծախսերի** համար:
- **Պատճեն ստանալու իրավունք.** Դուք կարող եք պահանջել ստորագրված համաձայնության պատճենը:
- **Հետագա բացահայտում.** սահմանափակ հանգամանքներում HIPAA-ի համաձայն ձեր տեղեկատվության մի մասը կարող է հետագայում բացահայտվել:
- **Իրավական պաշտպանություն.** Ձեր տեղեկատվությունը չի կարող օգտագործվել իրավական վարույթներում առանց առանձին համաձայնության:
- **Հետ կանչելու իրավունք.** Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ հետ կանչել այս համաձայնությունը: Արդեն բացահայտված տեղեկատվությունը հնարավոր չէ հետ վերցնել:

## Բաժին IV. Հաճախորդի կամ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը

Այստեղ դուք պաշտոնապես թույլատրում եք տեղեկատվության բացահայտումը:

1. **Անունը տպատառերով՝** ձեր լրիվ օրինական անունը:
2. **Ստորագրություն.** Դրեք ձեր ստորագրությունը:

a. Եթե չեք կարող գրել, կարող եք ստորագրել նշանով:
b. Նշանով ստորագրելու դեպքում **երկու վկա** պետք է լրացնեն վկաների բաժինը:

3. **Ամսաթիվ.** Մուտքագրեք ստորագրման ամսաթիվը:
4. **Եթե ստորագրում է օրինական ներկայացուցիչը.**
   a. Նշեք նրա կապը հաճախորդի հետ (օրինակ՝ ծնող, խնամակալ և այլն):
   b. Նշեք լիազորության հիմքը (օրինակ՝ դատական որոշում, հոգաբարձություն և այլն):
5. **Վկաների բաժին** ***(լրացվում է միայն այն դեպքում, եթե հաճախորդը ստորագրության փոխարեն նշան է դնում, կամ եթե հաճախորդն անչափահաս է և պահանջվում է ծնողի, խնամակալի կամ օրինական ներկայացուցչի համաձայնությունը)***
   Երկու վկաները պետք է՝
   - Տպատառ և ընթեռնելիորեն գրեն իրենց անունը(ները)
   - Ստորագրեն իրենց անունը(ները)

Եթե ստորագրում է **օրինական ներկայացուցիչը**, նա պետք է նշի իր կապը հաճախորդի հետ և ստորագրելու օրինական լիազորության հիմքը: Եթե հաճախորդը **ստորագրում է նշանով**, երկու վկա պետք է տպատառերով գրեն իրենց անունները և ստորագրեն:

Համաձայնության ձևը պետք է ստորագրվի **և** անչափահասի, և նրա ծնողի, խնամակալի կամ օրինական ներկայացուցչի կողմից, եթե վերջիններիս համաձայնությունը պահանջվում է անչափահասի՝ նյութերի օգտագործմամբ պայմանավորված խանգարումների (SUD) խորհրդատվության կամ բուժման համար: Ծնողը, խնամակալը կամ օրինական ներկայացուցիչը պետք է տպատառերով գրի իր լրիվ անունը, ստորագրի և նշի ամսաթիվը IV բաժնի՝ «Հաճախորդի կամ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը» առաջին տողում, իսկ դրանից ներքև գտնվող տողում նշի հաճախորդի հետ իր ունեցած փոխհարաբերությունը: Անչափահասը պետք է տպատառերով գրի իր անունը և ստորագրի առաջին վկայի համար նախատեսված ստորագրության դաշտում:

## Բաժին V. Բացահայտումներին կից ծանուցում

Սա 42 CFR Part 2-ի պահանջվող գաղտնիության ծանուցումն է, որը կուղեկցի ձեր տեղեկատվությանը: Այս բաժնում գրելու կարիք չկա: Բացահայտումներին կից ծանուցումը գաղտնիության ծանուցում է, որը կուղեկցի այս ձևի ստորագրմամբ թույլատրված կարգով տրամադրված գրառումներին: Գաղտնիության ծանուցումը տեղեկացնում է գրառումները ստացողին, որ դրանք պաշտպանված են նահանգային և դաշնային գաղտնիության օրենքներով և չեն կարող փոխանցվել սույն համաձայնության ձևով չլիազորված այլ կազմակերպությունների կամ անձանց:

## Բաժին VI. Համաձայնության հետկանչ

Լրացրեք այս բաժինը **միայն այն դեպքում, երբ ցանկանում եք հետ կանչել ձեր համաձայնությունը (այսինքն՝ ապագայում)**:

### Քայլ 1. Ծառայություն մատուցողի տվյալները

Լրացրեք բուժում իրականացնող ծառայություն մատուցողի հետևյալ տվյալները՝

- **Կազմակերպության անվանումը**
- **Ամբողջական փոստային հասցեն**

### Քայլ 2. Համաձայնության հետկանչի ստորագրություն

1. **Գրեք ձեր անունը տպատառերով**
2. **Դրեք ձեր ստորագրությունը (կամ նշան** դրեք):
3. **Նշեք համաձայնության հետկանչի ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ** ձևաչափով)
4. Եթե ստորագրում է **օրինական ներկայացուցիչը, նշեք նրա կապը հաճախորդի հետ և** ստորագրելու **լիազորության հիմքը**
5. Եթե ձևն անմիջապես SAPC-ին եք ներկայացնում, խնդրում ենք **կցել պետական մարմնի կողմից տրված անձը հաստատող փաստաթղթի պատճեն**՝ ձեր ինքնությունը հաստատելու համար

### Քայլ 3. Վկաներ (լրացվում է, եթե ստորագրությունը կատարվում է նշանով, կամ եթե հաճախորդն անչափահաս է և պահանջվում է ծնողի, խնամակալի կամ օրինական ներկայացուցչի համաձայնությունը)

Երկու վկա կամ անչափահասը պետք է տպատառերով գրի իր անունը և ստորագրի:

### Քայլ 4. Ներկայացրեք համաձայնության հետկանչը

Եթե համաձայնության ձևն ի սկզբանե անմիջապես SAPC-ին եք ներկայացրել, կարող եք համաձայնության հետկանչն ուղարկել՝

- **Ապահով էլփոստով**՝ SAPC-HIM@ph.lacounty.gov հասցեին (պարտադիր կցեք պետական մարմնի կողմից տրված անձը հաստատող փաստաթղթի պատճենը)
- **Փոստով**՝ ձևում նշված SAPC-ի հասցեով

Խնդրում ենք համաձայնության հետկանչի ձևն ուղարկել ձեր ծառայություն մատուցողին, գործակալությանը կամ SAPC-ին՝ հետևելով ձևում նշված հրահանգներին:

## Լրացուցիչ սահմանումներ

### Թույլտվություն/Համաձայնություն

Գրավոր և ստորագրված փաստաթուղթ, որը բավարարում է 42 CFR Part 2-ի բոլոր պահանջները, ներառյալ՝

- Բացահայտման նպատակը
- Ո՞վ կարող է բացահայտել տեղեկատվությունը
- Ո՞վ կարող է ստանալ տեղեկատվությունը
- Ի՞նչ տեղեկատվություն կարող է բացահայտվել
- Գործողության ժամկետի ավարտը
- Ստորագրություն և ամսաթիվ

SAPC-ի տեղեկատվության բացահայտման համաձայնության (ROI) յուրաքանչյուր ձև կազմված է այնպես, որ իր հատուկ նպատակին համապատասխան բավարարի այս պահանջները:

### Խնամքի համակարգում

Ծառայություն մատուցողների միջև հաղորդակցություն և համագործակցություն՝ հաճախորդի բուժմանը, ուղղորդումներին, դեպքի կառավարմանը և խնամքի շարունակականությանը նպաստելու համար:

### Հաճախորդ

Նյութերի օգտագործման խանգարման (SUD) հետ կապված ծառայություններ ստացող անձը: Հաճախորդն այն անձն է, որի պաշտպանված առողջական տեղեկատվությունը (PHI) կարող է բացահայտվել, երբ նա ստորագրում է տեղեկատվության բացահայտման համաձայնության (ROI) ձևը:

### Կազմակերպություն կամ անձ

Ցանկացած կազմակերպություն, գործակալություն, ծառայություն մատուցող, դատարան, փաստաբան կամ ֆիզիկական անձ, որին թույլատրված է ստանալ կամ բացահայտել SUD-ի վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Օրինակներ՝ SAPC-ի ծառայություն մատուցողներ, DHCS, կառավարվող բուժօգնության ծրագրեր, դատարաններ, պրոբացիայի ծառայություն, առաջնային բուժօգնության ծառայություն մատուցողներ:

### Իրավական վարույթներ

Ցանկացած քրեական, քաղաքացիական, վարչական կամ օրենսդրական վարույթ, որի ընթացքում SUD-ի վերաբերյալ տեղեկատվությունը կարող է պահանջվել կամ օգտագործվել հաճախորդի դեմ: Օրինակներ՝ դատական նիստեր, պրոբացիայի վարույթներ, երեխաների բարեկեցության վերաբերյալ գործեր, սոցիալական ապահովության նպաստների իրավունքը որոշելու լսումներ:

### Օրինական ներկայացուցիչ

Հաճախորդի անունից որոշումներ կայացնելու օրինական լիազորություն ունեցող անձ: Օրինակներ՝

- Դատարանի կողմից նշանակված հոգաբարձու
- Օրինական խնամակալ
- Անչափահասի ծնող: Նա կարող է ստորագրել ROI-ի ձևը միայն այն դեպքում, երբ ունի փաստաթղթերով հաստատված օրինական լիազորություն:

### Նվազագույն անհրաժեշտության չափանիշ

HIPAA-ի սահմանումների համաձայն՝ կարող է բացահայտվել միայն համաձայնության նպատակը կատարելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվության նվազագույն ծավալը:

### Վճարում և առողջապահական գործառնություններ

SUD ծառայությունների համար հաշիվներ ներկայացնելու, վճարումներ կատարելու կամ այդ ծառայությունները կառավարելու համար անհրաժեշտ վարչական գործողություններ, ներառյալ՝

- Medi-Cal-ի հաշիվների ներկայացում
- Իրավասության ստուգումներ
- Ծառայությունների օգտագործման վերանայում
- MCP տվյալների պահանջներ
- Որակի բարելավում
- Աուդիտներ և համապատասխանության ստուգումներ

### Հետագա բացահայտում

SUD-ի վերաբերյալ տեղեկատվության սկզբնական բացահայտումից հետո կատարվող ցանկացած հետագա բացահայտում: 42 CFR Part 2-ի համաձայն՝ տեղեկատվության հետագա բացահայտումը **թույլատրվում է**, բացառությամբ իրավական վարույթներում օգտագործման դեպքերի:

### Համաձայնության հետկանչը

Հաճախորդն իրավունք ունի ցանկացած պահի հետ կանչելու իր համաձայնությունը: Համաձայնությունը հետ կանչելը չի վերացնում այն բացահայտումները, որոնք արդեն կատարվել են համաձայնության գործողության ընթացքում: Համաձայնության հետկանչը պետք է կատարվի գրավոր կամ ROI ձևի հետկանչի բաժինը լրացնելու միջոցով:

### Երրորդ կողմի վճարող

Հաճախորդից բացի ցանկացած կազմակերպություն կամ այլ կողմ, որը պատասխանատու է SUD ծառայությունների դիմաց վճարելու կամ դրանց արժեքը փոխհատուցելու համար: Օրինակներ՝ Medi-Cal, DHCS, կառավարվող բուժօգնության ծրագրեր, մասնավոր ապահովագրություն:

### Բուժում իրականացնող ծառայություն մատուցող/SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանց

LA County SAPC-ի հետ պայմանագիր ունեցող SUD-ի բուժման ցանկացած ծրագիր, այդ թվում՝ ամբուլատոր, բնակելի, OTP, զրկանքի ախտանիշների կառավարման և վերականգնման աջակցության ծրագրերը:

### Վկա

Անձ, որն ականատես է լինում, թե ինչպես է հաճախորդը ROI ձևը ստորագրում **նշանով**, երբ հաճախորդը չի կարող գրել իր ստորագրությունը: Երկու (2) վկա պետք է տպատառերով գրեն իրենց անունները և ստորագրեն, որպեսզի նշանով կատարված ստորագրությունը համարվի վավեր: