Округ Лос-Анджелес Общественное здравоохранение

Инструкции по заполнению формы согласия SAPC на оплату и обеспечение деятельности в сфере здравоохранения

Цель данной формы согласия — дать разрешение на оплату всех услуг, оказанных в рамках лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), а также разрешить передачу сведений о вашем лечении (защищенных в соответствии с требованиями **42 CFR, часть 2** от текущих, прошлых и будущих медицинских специалистов, входящих в сеть поставщиков услуг SAPC в организацию SAPC. SAPC выступает в качестве специализированного плана Medi-Cal по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), и осуществляет оплату полученных услуг, а также обеспечивает иную деятельность в сфере здравоохранения. В соответствии с законом HIPAA, понятие «деятельность в сфере здравоохранения» включает в себя ряд мероприятий, таких как проведение или организация аудита (в том числе выявление случаев мошенничества и злоупотреблений), реализация программ обеспечения соответствия нормативным требованиям, а также общее управление бизнесом и административная деятельность. Данное согласие также разрешает подачу счетов и получение оплаты от Департамента здравоохранения штата Калифорния (DHCS), планов управляемого медицинского обслуживания (MCP) и других сторонних плательщиков, а также передачу всей информации, необходимой для подачи и обработки заявок на оплату.

Обратите внимание: предоставление данного разрешения является добровольным, и вы вправе отказаться от подписания этой формы согласия. Однако, если вы не подпишете данное согласие, вы принимаете на себя ответственность за все платежи, включая суммы, которые в ином случае были бы выставлены к оплате или возмещены организацией SAPC (как специализированным планом Medi-Cal по лечению SUD) или сторонними плательщиками; вы также будете нести ответственность за все сопутствующие расходы, оплачиваемые из собственных средств.

Пожалуйста, ознакомьтесь с данными инструкциями, прежде чем продолжить.

Внимательно прочитайте каждый раздел.

Данная форма содержит несколько разделов, в которых описывается:

- **Какая информация** может быть передана
- **Кто** может передавать и получать эту информацию
- **Цель** передачи информации
- **Срок действия** разрешения на передачу информации
- **Ваше право** отозвать разрешение на передачу информации
- **Ваше право** отказаться от подписания и последствия такого отказа.

Пожалуйста, **внимательно ознакомьтесь с каждым разделом** перед подписанием.

Кто может передавать и получать информацию о вас

Подписывая эту форму, вы даете согласие на передачу информации о состоянии вашего здоровья (в связи с лечением расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ — SUD), защищаемой согласно требованиям 42 CFR (часть 2), от текущих, прошлых и будущих медицинских специалистов, входящих в сеть поставщиков услуг SAPC, в организацию SAPC (выступающую в качестве специализированного плана Medi-Cal по лечению SUD). Эта информация передается для целей оплаты услуг и осуществления иных операций, связанных с медицинским обслуживанием. Вы также разрешаете передачу информации из вашей медицинской карты в SAPC или другим сторонним плательщикам; это включает все сведения, необходимые для подачи и обработки заявок на оплату (например, ваше имя, дату рождения, адрес, медицинский диагноз и перечень оказанных вам услуг).

Пожалуйста, ознакомьтесь с Разделом II («Организации, уполномоченные передавать информацию о состоянии здоровья») и Разделом III («Другая важная информация»).

Ваши права согласно закону HIPAA и требованиям 42 CFR (часть 2)

В данной форме изложены ваши права, предусмотренные федеральным законодательством и законодательством штата.

Вы имеете право:

- **Отказаться от подписания** данного разрешения
- В любой момент **отозвать** свое разрешение (в письменной форме или лично)
- **Получить копию** заполненной формы
- **Рассчитывать на защиту конфиденциальности**, включая ограничения на дальнейшую передачу информации

Дополнительную информацию о ваших правах согласно закону HIPAA и требованиям 42 CFR (часть 2) можно найти в Разделе III («Другая важная информация») и Разделе V («Уведомление, прилагаемое к информации, подлежащей раскрытию»).

Срок действия разрешения

Данное разрешение не имеет срока давности и остается в силе до тех пор, пока вы не решите его отозвать.

Дополнительную информацию о ваших правах, касающихся предоставления разрешения, см. в Разделе III «Прочая важная информация» и Разделе VI «Отзыв согласия».

Отзыв разрешения

Вы можете отозвать свое разрешение в любое время, уведомив об этом лечащего специалиста или программу (в письменной форме или лично). Отзыв **не отменяет** передачу информации, состоявшуюся до момента получения уведомления об отзыве. Услуги, оказанные до отзыва разрешения, по-прежнему считаются санкционированными для целей оплаты и осуществления деятельности по оказанию медицинской помощи.

Раздел, касающийся отзыва, должен быть подписан несовершеннолетним **и** родителем, опекуном или законным представителем в случаях, когда для консультирования или лечения несовершеннолетнего по поводу расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), требуется согласие родителя, опекуна или законного представителя. Родитель, опекун или законный представитель должен печатными буквами указать свои полные ФИО, поставить подпись и дату в первой строке для подписи (в Разделе IV «Подпись клиента или законного представителя»), а также указать степень родства с клиентом или статус представителя в строке, расположенной непосредственно под первой строкой для подписи. Несовершеннолетний должен печатными буквами указать свое имя и поставить подпись в первом поле для подписи свидетеля.

Дополнительную информацию о порядке отзыва разрешения см. в Разделе III «Прочая важная информация» и Разделе VI «Отзыв согласия».

Электронный обмен данными и безопасность

Все случаи раскрытия информации (в том числе в электронном виде) должны соответствовать:

- требованиям **HIPAA**;
- положениям **42 CFR, часть 2;**
- другим применимым федеральным законам и законам штата, **регулирующим вопросы конфиденциальности**.

Подпись и дата

Ваша подпись подтверждает, что:

- вы **понимаете** информацию, содержащуюся в данной форме;
- вы **разрешаете раскрытие указанной информации**;

- вы **понимаете свои права** согласно требованиям HIPAA и 42 CFR, часть 2.

Если вы подписываете документ от имени законного представителя, вы должны указать свои полномочия. Примерами законных представителей являются родитель, законный опекун, попечитель, исполнитель завещания, доверенность и/или ближайший родственник. Вам потребуется предоставить дополнительные документы, подтверждающие ваши полномочия давать согласие от имени клиента.

Если вы подписываете документ в качестве свидетеля, пожалуйста, заполните соответствующий раздел своими данными.

Форма согласия должна быть подписана несовершеннолетним и родителем, опекуном или законным представителем, если согласие родителя, опекуна или законного представителя требуется для консультирования или лечения несовершеннолетнего, страдающего от зависимости от психоактивных веществ. Родитель, опекун или законный представитель должен указать свое полное имя, подпись и дату на первой строке для подписи в разделе IV «Подпись клиента или законного представителя» и указать свою степень родства с клиентом на строке ниже первой строки для подписи. Несовершеннолетний должен указать свое имя и подпись на первом поле для подписи свидетеля.

Верните заполненную форму

Верните подписанную форму поставщику услуг, программе или агентству, ответственному за обработку вашего запроса. Вы можете запросить копию для своих записей.

Округ Лос-Анджелес Общественное здравоохранение

ПРОФИЛАКТИКА И КОНТРОЛЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ (SAPC)
СОГЛАСИЕ НА ОПЛАТУ И МЕДИЦИНСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Цель согласия и раскрытия информации: Настоящее согласие имеет целью санкционировать оплату всех услуг, предоставленных в рамках лечения расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ (SUD), а также разрешить передачу сведений о моем лечении SUD (защищаемых в соответствии с требованиями 42 CFR Part 2) от текущих, прошлых и будущих медицинских специалистов, входящих в сеть поставщиков услуг SAPC, в организацию SAPC — в ее качестве специализированного плана Medi-Cal по оказанию услуг в связи с SUD — для целей оплаты и иных задач, связанных с организацией медицинского обслуживания. Данное согласие также санкционирует направление счетов и получение оплаты от Департамента здравоохранения штата Калифорния (DHCS), планов управляемого медицинского обслуживания (MCP) и иных сторонних плательщиков, а также раскрытие всей информации, необходимой для подачи и обработки заявок на оплату услуг.

I. ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ		
Имя (фамилия, имя и отчество):	Дата рождения:	Номер Medi-Cal:
Адрес электронной почты: Предоставляя свой адрес электронной почты, вы разрешаете SAPC и сети поставщиков услуг SAPC связываться с вами по электронной почте.	Номер телефона:	Последние 4 цифры номера социального страхования:
Адрес:		Идентификационный номер Sage:
II. ОРГАНИЗАТОРЫ, УПОЛНОМОЧЕННЫЕ НА ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ		
Я даю согласие на передачу моей медицинской информации, защищенной в соответствии с 42 CFR Part 2, от моих нынешних, прошлых и будущих лечащих врачей в сети поставщиков услуг SAPC компании SAPC в ее роли специализированного плана Medi-Cal по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, для целей оплаты и других операций в сфере здравоохранения. Я разрешаю передачу информации из моей медицинской карты SAPC или другим сторонним плательщикам, включая всю информацию, необходимую для подачи и обработки заявок, такую как мое имя, дата рождения, адрес, медицинский диагноз и предоставленные мне услуги.		
III. ПРОЧАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ		

Подписывая данную форму согласия, я подтверждаю, что понимаю следующее:

- **Срок действия согласия** — Настоящее разрешение остается в силе до тех пор, пока оно не будет отозвано.
- Мои медицинские записи, касающиеся лечения от алкогольной и/или наркотической зависимости, защищены федеральными нормативными актами, регулирующими конфиденциальность и ведение документации пациентов, проходящих лечение от злоупотребления психоактивными веществами (42 C.F.R., часть 2), а также Законом о передаче и подотчетности медицинского страхования 1996 года (HIPAA) (45 C.F.R., части 160 и 164); эти сведения не подлежат разглашению без моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных данными нормативными актами.
- **Право не подписывать документ** — Данное согласие необходимо для оплаты медицинских услуг и осуществления иных операций, связанных с оказанием медицинской помощи. Я осознаю, что имею право не подписывать это согласие. В случае отказа от подписания я принимаю на себя ответственность за все платежи, включая суммы, которые в ином случае были бы выставлены к оплате или возмещены организацией SAPC (в ее качестве специализированного плана Medi-Cal по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ — SUD) или соответствующими сторонними плательщиками; я также обязуюсь самостоятельно покрывать все сопутствующие расходы.
- Я подтверждаю, что данное разрешение необходимо для определения права на получение лечения или льгот либо для оплаты получаемого мною лечения, однако SAPC не может ставить возможность получения лечения в зависимость от предоставления этого разрешения.
- Я имею право получить копию данной формы согласия. Копия этой формы имеет такую же юридическую силу, как и оригинал.
- **Информация о повторном раскрытии** — Сведения, касающиеся лечения от алкогольной или наркотической зависимости и переданные организации, подпадающей под действие HIPAA (covered entity), или ее деловому партнеру (business associate), могут быть раскрыты повторно в соответствии с правилами, установленными нормами HIPAA.
- **Ограничения на повторное раскрытие** — Раскрытая информация не подлежит повторному раскрытию для использования в гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательствах в отношении клиента без оформления дополнительного согласия, предназначенного исключительно для этой цели и соответствующего требованиям 42 C.F.R. (часть 2).
- Я имею право отозвать данное согласие в любое время (в письменной форме или лично обратившись к специалисту, проводящему лечение от зависимости), за исключением случаев, когда этот специалист или иное лицо, законно владеющее информацией, уже предприняли действия, опираясь на данное согласие. Я могу воспользоваться разделом «Отзыв согласия» в данной форме, чтобы отозвать свое согласие в письменной форме. После получения уведомления об отзыве согласия поставщик услуг или SAPC аннулирует согласие на передачу информации в будущем. Я понимаю, что информацию, переданную до момента отзыва согласия, невозможно вернуть, а организации, получившие эти сведения, не обязаны их возвращать или уничтожать.

IV. ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что ознакомился(-ась) с формой согласия и понимаю, что моя подпись разрешает раскрытие информации о состоянии моего здоровья в порядке, описанном в данной форме. Я понимаю, что подписание этой формы является добровольным и что я имею право отказаться от ее подписания.

Имя и подпись клиента или законного представителя клиента:

Если клиент не может писать, он может поставить отметку в строке для подписи. Подписание путем проставления отметки требует присутствия двух свидетелей. Один свидетель должен написать имя клиента в строке, предназначенной для имени клиента, вписать свое имя в одну из строк с пометкой «Печатными буквами (имя свидетеля)» и поставить подпись в отведенном для свидетеля месте ниже. Второй свидетель должен вписать свое имя в другую строку с пометкой «Печатными буквами (имя свидетеля)» и поставить подпись в другом месте для свидетеля, подтверждая тем самым подпись клиента, выполненную в виде отметки.

_____ _____ _____ / _____ / _____
Имя печатными буквами (имя, отчество, фамилия) Подпись Месяц День Год

Если документ подписан законным представителем клиента, укажите степень родства и полномочия на подписание:

_____

Имена и подписи свидетелей:

Если клиент не может писать и поставил выше отметку вместо подписи, два свидетеля должны заполнить раздел для свидетелей, вписав свои имена и поставив подписи ниже.

1. _____
Имя свидетеля печатными буквами (имя, отчество, фамилия)

_____
Подпись

2. _____
Имя свидетеля печатными буквами (имя, отчество, фамилия)

_____
Подпись

V. УВЕДОМЛЕНИЕ, ПРИЛАГАЕМОЕ К РАСКРЫТИЮ ИНФОРМАЦИИ

Предоставленный вам документ защищен федеральными правилами конфиденциальности ((42 CFR part 2). Эти правила запрещают вам использовать данный документ или давать показания, раскрывающие содержащуюся в нем информацию, в ходе любых гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательств, инициированных федеральными, штатными или местными органами власти против клиента, без получения согласия клиента (за исключением случаев, предусмотренных пунктом 42 CFR 2.12(c)(5), или случаев, санкционированных судом в соответствии с пунктами 42 CFR 2.64 или 2.65. Кроме того, федеральные правила запрещают любое иное использование или раскрытие данного документа, за исключением случаев, когда выполняется хотя бы одно из следующих условий:
(i) Дальнейшее использование или раскрытие прямо разрешено в письменном согласии лица, информация о котором содержится в данном документе, либо иным образом разрешено положениями 42 CFR part 2.
(ii) Вы являетесь «субъектом, на который распространяется действие правил» (covered entity), или «деловым партнером» (business associate) и получили данный документ для целей лечения, оплаты услуг или обеспечения деятельности в сфере здравоохранения; или
(iii) Вы получили данный документ от субъекта, на которого распространяется действие правил, или от делового партнера в порядке, разрешенном положениями 45 CFR part 164, подразделы A и E.
Общего разрешения на предоставление медицинской или иной информации недостаточно для соблюдения требований, предъявляемых к письменному согласию на дальнейшее использование или повторное раскрытие данного документа (см. 42 CFR 2.31)

VI. ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ

Я имею право отозвать данное Согласие в любой момент, заполнив этот раздел и передав уведомление об отзыве Согласия (по почте или лично) специалисту или организации, оказывающим мне услуги по лечению зависимости; исключение составляют случаи, когда специалист или иное лицо, правомерно владеющее информацией, уже совершили действия, опираясь на данное Согласие.

Почтовый адрес организации, оказывающей услуги по лечению зависимости:

Название организации: _____
Улица, дом (строка 1): _____
Улица, дом (строка 2: квартира/офис/помещение): _____
Город, штат и почтовый индекс: _____

После получения уведомления об отзыве Согласия специалист аннулирует Согласие на дальнейшее предоставление информации. Информацию, раскрытую до момента получения уведомления об отзыве, отозвать или вернуть невозможно.

Подписывая данный документ, я отзываю свое Согласие на дальнейшее предоставление информации в целях оплаты услуг и обеспечения деятельности, связанной с оказанием медицинской помощи. Я понимаю, что любые действия по раскрытию информации, совершенные до получения данного уведомления об отзыве, не могут быть отменены или аннулированы.

Имя и подпись клиента или его законного представителя:

Если клиент не может писать, он вправе поставить на строке для подписи какой-либо знак. Подписание путем проставления знака требует присутствия двух свидетелей. Первый свидетель должен написать имя клиента на строке, предназначенной для имени клиента, указать свое имя на одной из строк с пометкой «Имя свидетеля (печатными буквами)» и поставить подпись в отведенном для свидетеля месте ниже. Второй свидетель должен указать свое имя на другой строке с пометкой «Имя свидетеля (печатными буквами)» и поставить подпись в другом отведенном для свидетеля месте, подтверждая факт подписания клиентом документа путем проставления знака.

_____ _____ _____ / _____ / _____
Имя печатными буквами (имя, отчество, фамилия) Подпись Месяц День Год

Если документ подписан законным представителем клиента, укажите степень родства и полномочия на подписание:

_____

Имена и подписи свидетелей:

Если клиент не может писать и вместо подписи поставил вышеуказанный знак, раздел для свидетелей должны заполнить два свидетеля, указав свои имена и поставив подписи ниже.

1. _____
Имя свидетеля печатными буквами (имя, отчество, фамилия)

_____
Подпись

2. _____
Имя свидетеля печатными буквами (имя, отчество, фамилия)

_____
Подпись

Клиенты, ранее подавшие в SAPC форму согласия на раскрытие информации, могут направить заполненную форму отзыва согласия по защищенной электронной почте или по почте на указанный ниже адрес. Для подтверждения правомерности запроса необходимо приложить копию официального удостоверения личности государственного образца.

Почтовый адрес SAPC

Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Адрес электронной почты:

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Обратите внимание: запросы об отзыве согласия, поступившие в SAPC от клиентов, которые не оформляли форму согласия на раскрытие информации непосредственно в SAPC, а также запросы, поданные без копии действительного удостоверения личности государственного образца, рассматриваться не будут.

Округ Лос-Анджелес Общественное здравоохранение

Как заполнить форму SAPC «Согласие на оплату и обеспечение медицинской деятельности»

Цель согласия и раскрытия информации (верхняя часть формы)

В этом разделе разъясняется, что вы даете разрешение:

- SAPC — на получение информации о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), для целей оплаты и обеспечения медицинской деятельности;
- SAPC, DHCS, MCP и другим плательщикам — на получение информации, необходимой для подачи и обработки счетов (заявок на оплату).
- **Заполнение этой формы обязательно**, если вы хотите, чтобы SAPC выставляла счета программе Medi-Cal или другим плательщикам за услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD).

Раздел I — Информация о клиенте

Укажите свои личные данные, чтобы SAPC и медицинские специалисты могли правильно идентифицировать вашу медицинскую карту.

1. **Имя**: Укажите полное юридическое имя (фамилия, имя, отчество).
2. **Дата рождения:** Укажите в формате ММ/ДД/ГГГГ.
3. **Номер Medi-Cal:** Укажите номер Medi-Cal, если он у вас есть.
4. **Адрес электронной почты:** Укажите адрес, который вы регулярно проверяете.
5. **Номер телефона:** Укажите номер телефона, по которому с вами лучше всего связаться.
6. **Последние 4 цифры SSN:** Укажите только последние четыре цифры номера социального страхования (SSN). Если у вас нет SSN или вы не знаете его, оставьте поле пустым.
7. **Адрес:** Ваш текущий почтовый адрес.
8. **Номер Sage ID:** Укажите номер вашей медицинской карты в системе Sage EHR (если он известен). Если номер неизвестен, оставьте поле пустым или уточните его у медицинского специалиста.

Раздел II — Организации, уполномоченные обмениваться медицинской информацией

В этом разделе не требуется ничего писать. Здесь разъясняется, что вы даете разрешение своим текущим, прошлым и будущим медицинским специалистам, работающим с SAPC, передавать информацию о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), в SAPC и сторонним плательщикам (DHCS, MCP, страховым организациям) для целей оплаты услуг и обеспечения медицинской деятельности.

Раздел III — Другая важная информация

В этом разделе ничего писать не нужно. Внимательно ознакомьтесь с каждым подразделом.

- **Срок действия:** Ваше согласие остается в силе до тех пор, пока вы его не отзовете.
- **Защита данных:** Ваши медицинские записи защищены федеральными законами (в частности, положениями 42 CFR, часть 2, и законом HIPAA).
- **Право не подписывать:** Вы можете отказаться от подписания; в этом случае вы будете нести ответственность за расходы, связанные с вашим лечением.
- **Право на получение копии:** Вы можете запросить копию подписанного согласия.
- **Повторное раскрытие информации:** В определенных случаях, предусмотренных законом HIPAA, часть вашей информации может быть передана третьим лицам повторно.
- **Правовая защита:** Ваша информация не может быть использована в судебных разбирательствах без получения отдельного согласия.
- **Право на отзыв:** Вы можете отозвать данное согласие в любое время. Информацию, которая уже была передана, отозвать невозможно.

Раздел IV — Подпись клиента или законного представителя

Здесь вы официально даете разрешение на передачу информации.

1. **Имя печатными буквами:** Укажите ваше полное официальное имя (как в документах).
2. **Подпись**: Поставьте свою подпись.
   A. Если вы не можете писать, допускается подписание с помощью знака (отметки).
   B. При подписании знаком раздел для свидетелей должны заполнить **два свидетеля**.
3. **Дата**: Укажите дату подписания.
4. **Если документ подписывает законный представитель:**
   A. Укажите характер отношений (например, родитель, опекун и т. д.).
   B. Укажите основание полномочий (например, постановление суда, установление опеки и т. д.).
5. **Раздел для свидетелей (заполняется только в том случае, если клиент подписывает документ знаком, или если клиент является несовершеннолетним и требуется согласие родителя/опекуна или законного представителя)**

Два свидетеля должны:

- Разборчиво написать свои имена (печатными буквами)
- Поставить свои подписи

Если документ подписывает законный представитель, он должен указать характер отношений и правовое основание своих полномочий. Если клиент подписывает документ знаком, два свидетеля должны написать свои имена (печатными буквами) и поставить подписи.

Форма согласия должна быть подписана несовершеннолетним и родителем, опекуном или законным представителем в тех случаях, когда для проведения консультирования или лечения несовершеннолетнего в связи с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ (SUD), требуется согласие родителя, опекуна или законного представителя. Родитель, опекун или законный представитель должен печатными буквами указать свои полные имя и фамилию, поставить подпись и дату в первой строке для подписи (в разделе IV «Подпись клиента или законного представителя»), а также указать степень родства с клиентом или статус представителя в строке, расположенной непосредственно под первой строкой для подписи. Несовершеннолетний должен печатными буквами указать свои имя и фамилию и поставить подпись в первом поле для подписи свидетеля.

Раздел V — Уведомление, прилагаемое к раскрываемой информации

Это обязательное уведомление о конфиденциальности, предусмотренное требованиями 42 CFR Part 2; оно будет прилагаться к передаваемой информации. Заполнять этот раздел не требуется. Данное уведомление о конфиденциальности будет сопровождать документы, раскрытие которых разрешено на основании подписания настоящей формы. Уведомление информирует получателя о том, что полученные документы защищены законами штата и федеральным законодательством о конфиденциальности и не подлежат передаче другим организациям, не уполномоченным на это данной формой согласия.

Раздел VI — Отзыв согласия

Заполняйте этот раздел т**олько в том случае, если вы хотите отозвать свое согласие (т. е. в будущем).**

Шаг 1 — Информация о поставщике услуг

Укажите следующие данные лечащего специалиста или организации:

- Название организации
- Полный почтовый адрес

Шаг 2 — Подпись об отзыве

1. **Укажите свои ФИО (печатными буквами).**
2. **Поставьте подпись (или проставьте отметку).**
3. **Укажите дату отзыва (ММ/ДД/ГГГГ).**
4. Если документ **подписывает законный представитель, укажите степень родства и наличие полномочий на подписание**.

5. При подаче документа непосредственно в SAPC **приложите копию документа, удостоверяющего личность** (выданного государственным органом), для подтверждения вашей личности.

Шаг 3 — Свидетели (если подпись проставляется в виде отметки или если клиент является несовершеннолетним и требуется согласие родителя/опекуна или законного представителя)

Два свидетеля (или несовершеннолетний) должны указать свои ФИО (печатными буквами) и поставить подписи.

Шаг 4 — Подача заявления об отзыве

Если вы изначально подавали согласие непосредственно в SAPC, вы можете направить отзыв:

- **По защищенной электронной почте на адрес** SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (необходимо приложить копию документа, удостоверяющего личность, выданного государственным органом).
- **По почте на адрес** SAPC, указанный в форме.

Пожалуйста, направляйте заявления об отзыве своему поставщику услуг, в организацию или в SAPC, следуя инструкциям, приведенным в форме.

Дополнительные определения

Авторизация / Согласие

Письменный, подписанный документ, отвечающий всем требованиям 42 CFR Часть 2, включая:

• Цель раскрытия информации
• Кто может раскрывать информацию
• Кто может получать информацию
• Какая информация может быть передана
• Срок действия
• Подпись и дата
Каждая форма SAPC ROI разработана для соответствия этим требованиям для своей конкретной цели.

Координация ухода
Общение и сотрудничество между поставщиками услуг для поддержки лечения клиента, направления к другим специалистам, ведения случая и обеспечения непрерывности ухода.

Клиент
Лицо, получающее услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD). Клиент — это лицо, чья защищенная медицинская информация (PHI) может быть передана при подписании ROI.

Организация
Любая организация, агентство, поставщик услуг, суд, адвокат или физическое лицо, уполномоченное получать или раскрывать информацию о SUD. Примеры: поставщики услуг SAPC, DHCS, планы управляемого медицинского обслуживания, суды, служба пробации, поставщики первичной медицинской помощи.

Судебные разбирательства
Любой уголовный, гражданский, административный или законодательный процесс, в котором может быть запрошена или использована информация о SUD против клиента. Примеры: судебные слушания, условное освобождение, дела о защите прав детей, слушания по определению размера пособий по социальному обеспечению.

Юридический представитель
Лицо, юридически уполномоченное принимать решения от имени клиента. Примеры:
• Назначенный судом опекун
• Законный опекун
• Родитель несовершеннолетнего. Подписать соглашение о предоставлении информации (ROI) можно только при наличии документально подтвержденных законных полномочий.

Стандарт минимально необходимой информации
В соответствии с определениями HIPAA, допускается передача минимального объема информации, необходимого для достижения цели согласия.

Платежи и операции в сфере здравоохранения
Административные действия, необходимые для выставления счетов, оплаты или управления услугами по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), включая:

• Выставление счетов Medi-Cal
• Проверка соответствия критериям
• Анализ использования ресурсов
• Требования к данным MCP
• Улучшение качества
• Аудиты и проверки соответствия

Повторное раскрытие информации
Любое распространение информации о SUD после первоначального раскрытия. В соответствии с 42 CFR Часть 2, повторное раскрытие информации **разрешено**, за исключением судебных разбирательств.

Отзыв согласия
Клиент имеет право отозвать свое согласие в любое время. Отзыв согласия не отменяет ранее сделанные раскрытия информации, когда согласие еще действовало. Отзыв должен быть оформлен в письменной форме или заполнен с использованием раздела отзыва в форме ROI.

Плательщик третьей стороны
Любая организация, ответственная за оплату или возмещение расходов на услуги, связанные с употреблением психоактивных веществ, помимо самого клиента. Примеры: Medi-Cal, DHCS, планы управляемого медицинского обслуживания, частное страхование.

Лечащий поставщик услуг / Сеть поставщиков услуг SAPC
Любая программа лечения зависимости от психоактивных веществ, заключившая договор с SAPC округа Лос-Анджелес, включая амбулаторные, стационарные, программы заместительной терапии, программы управления абстинентным синдромом и программы поддержки выздоровления.

Свидетель
Лицо, которое наблюдает за тем, как клиент подписывает соглашение о предоставлении информации (если клиент не может написать подпись). Для того чтобы подпись считалась действительной, необходимо присутствие двух (2) свидетелей, которые должны написать свои имена печатными буквами.