Hướng dẫn điền Giấy đồng ý cho thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe của SAPC

Giấy đồng ý này cho phép thanh toán mọi dịch vụ đã cung cấp để điều trị rối loạn sử dụng chất (SUD). Giấy cũng cho phép các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho quý vị trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của Phòng ngừa và Kiểm soát Lạm dụng Chất (SAPC) cung cấp thông tin sức khỏe về SUD được bảo vệ theo **42 CFR Part 2** của quý vị cho SAPC. SAPC nhận thông tin với vai trò là Chương trình SUD Chuyên khoa Medi-Cal dành cho dịch vụ SUD, để thanh toán dịch vụ đã nhận và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Theo HIPAA, "hoạt động chăm sóc sức khỏe" gồm nhiều công việc như thực hiện hoặc sắp xếp kiểm toán, kể cả phát hiện gian lận và lạm dụng, chương trình tuân thủ, quản lý kinh doanh và công việc hành chính chung. Giấy đồng ý này cũng cho phép nộp hồ sơ và thanh toán cho Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California (DHCS), các Chương trình Chăm sóc Có Quản lý (MCP) và các bên thanh toán thứ ba khác, cùng việc cung cấp mọi thông tin cần thiết để nộp và xử lý yêu cầu thanh toán.

Xin lưu ý rằng quý vị tự nguyện cho phép và có thể từ chối ký giấy đồng ý này. Tuy nhiên, nếu không ký, quý vị chấp nhận chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí. Chi phí này gồm cả những khoản lẽ ra được lập hóa đơn cho hoặc được hoàn trả bởi SAPC, với vai trò là chương trình SUD chuyên khoa Medi-Cal, cũng như các bên thanh toán thứ ba có liên quan. Quý vị sẽ phải chịu mọi khoản chi phí tự trả liên quan. Vui lòng đọc lại các hướng dẫn này trước khi tiếp tục.

Đọc kỹ từng mục

Giấy này có các mục giải thích:

- **Những thông tin** có thể được chia sẻ
- **Ai** có thể gửi và nhận thông tin
- **Lý do** chia sẻ thông tin
- **Thời hạn có hiệu lực** của sự cho phép cung cấp thông tin
- **Quyền** rút lại sự cho phép cung cấp thông tin
- **Quyền** từ chối ký và hậu quả của việc từ chối

Vui lòng **đọc và xem lại từng mục** thật kỹ trước khi ký.

Ai có thể chia sẻ và nhận thông tin của quý vị

Khi ký giấy này, quý vị cho phép các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho quý vị trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC chia sẻ thông tin sức khỏe về SUD được bảo vệ theo 42 CFR Part 2 cho SAPC. SAPC nhận thông tin với vai trò là chương trình SUD chuyên khoa Medi-Cal, để thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị cũng cho phép cung cấp thông tin trong hồ sơ y tế cho SAPC hoặc các bên thanh toán thứ ba khác, gồm mọi thông tin cần thiết để nộp và xử lý yêu cầu thanh toán, như họ tên, ngày sinh, địa chỉ, chẩn đoán y tế và dịch vụ đã cung cấp cho quý vị.

Vui lòng xem Mục II "Các bên được phép chia sẻ thông tin sức khỏe" và Mục III "Thông tin quan trọng khác".

Xem lại các quyền của quý vị theo HIPAA và 42 CFR Part 2

Giấy này nêu các quyền của quý vị theo luật Liên bang và Tiểu bang. Quý vị có quyền:

- **Từ chối ký** giấy cho phép này
- **Rút lại** sự cho phép bất cứ lúc nào, bằng văn bản hoặc trực tiếp
- **Nhận một bản sao** giấy đồng ý đã điền đầy đủ
- **Được bảo vệ tính bảo mật**, kể cả việc giới hạn tiết lộ lại thông tin

Vui lòng xem Mục III "Thông tin quan trọng khác" và Mục V "Thông báo kèm theo khi tiết lộ thông tin" để biết thêm về các quyền của quý vị theo HIPAA và 42 CFR Part 2.

Thời hạn có hiệu lực của sự cho phép

Sự cho phép này không có ngày hết hiệu lực và sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi quý vị quyết định rút lại.

Vui lòng xem Mục III "Thông tin quan trọng khác" và Mục VI "Rút lại sự đồng ý" để biết thêm về các quyền liên quan đến sự cho phép của quý vị.

Rút lại sự cho phép

Quý vị có thể rút lại sự cho phép bất cứ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản hoặc trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ hay chương trình đang điều trị cho quý vị. Việc rút lại **không** thể hủy việc chia sẻ thông tin đã diễn ra trước khi thông báo rút lại được tiếp nhận. Dịch vụ đã cung cấp trước khi rút lại vẫn được xem là đã được cho phép đối với mục đích thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Nếu việc tư vấn hoặc điều trị SUD cho người chưa thành niên cần có sự đồng ý của cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp, thì cả người chưa thành niên **và** cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp đều phải ký mục rút lại sự đồng ý. Cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp phải ghi rõ họ tên bằng chữ in, ký tên và ghi ngày trên dòng chữ ký đầu tiên ở Mục IV "Chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp". Họ phải ghi mối quan hệ với người nhận dịch vụ trên dòng ngay bên dưới. Người chưa thành niên phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký vào ô chữ ký người làm chứng thứ nhất.

Vui lòng xem Mục III "Thông tin quan trọng khác" và Mục VI "Rút lại sự đồng ý" để biết thêm về cách rút lại sự cho phép.

Trao đổi điện tử và bảo mật

Mọi việc tiết lộ thông tin, kể cả bằng phương thức điện tử, đều phải tuân thủ:

- Các yêu cầu của **HIPAA**
- **42 CFR Part 2**
- **Các luật bảo mật** hiện hành khác của Liên bang và Tiểu bang

Ký tên và ghi ngày vào giấy

Chữ ký của quý vị xác nhận rằng:

- Quý vị **hiểu** thông tin trên giấy
- Quý vị **cho phép cung cấp những thông tin** được nêu
- Quý vị **hiểu các quyền của mình** theo HIPAA và 42 CFR Part 2

Nếu ký với tư cách **người đại diện hợp pháp**, quý vị phải nêu rõ thẩm quyền ký của mình. Ví dụ: cha mẹ, người giám hộ hợp pháp, người bảo hộ, người được chỉ định quản lý di sản, người được ủy quyền và/hoặc thân nhân gần nhất. Quý vị phải cung cấp thêm giấy tờ để chứng minh thẩm quyền đồng ý thay cho người nhận dịch vụ.

Nếu ký với tư cách người làm chứng cho việc ký bằng dấu, vui lòng điền thông tin của quý vị vào mục tương ứng.

Nếu việc tư vấn hoặc điều trị SUD cho người chưa thành niên cần có sự đồng ý của cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp, thì cả người chưa thành niên **và** cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp đều phải ký giấy đồng ý. Cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp phải ghi rõ họ tên bằng chữ in, ký tên và ghi ngày trên dòng chữ ký đầu tiên ở Mục IV "Chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp". Họ phải ghi mối quan hệ với người nhận dịch vụ trên dòng ngay bên dưới. Người chưa thành niên phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký vào ô chữ ký người làm chứng thứ nhất.

Nộp lại giấy đã điền đầy đủ

Nộp giấy đã ký cho nhà cung cấp dịch vụ, chương trình hoặc cơ quan chịu trách nhiệm xử lý yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể xin một bản sao để lưu giữ.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT LẠM DỤNG CHẤT (SAPC)

GIẤY ĐỒNG Ý CHO THANH TOÁN VÀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Mục đích đồng ý và tiết lộ: Giấy đồng ý này cho phép thanh toán mọi dịch vụ đã cung cấp để điều trị Rối loạn Sử dụng Chất (SUD). Giấy cũng cho phép các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho tôi trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC cung cấp thông tin sức khỏe về SUD được bảo vệ theo 42 CFR Part 2 của tôi cho SAPC. SAPC nhận thông tin với vai trò là Chương trình SUD Chuyên khoa Medi-Cal dành cho dịch vụ SUD, để thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Giấy đồng ý này cũng cho phép nộp hồ sơ và thanh toán cho Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California (DHCS), các Chương trình Chăm sóc Có Quản lý (MCP) và các bên thanh toán thứ ba khác, cùng việc cung cấp mọi thông tin cần thiết để nộp và xử lý yêu cầu thanh toán.

I. THÔNG TIN NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ		
Họ tên (Họ, Tên, Tên đệm):	Ngày sinh:	Số Medi-Cal:
Địa chỉ email: Khi cung cấp địa chỉ email, quý vị cho phép SAPC và Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC liên hệ với quý vị qua email.	Số điện thoại:	4 số cuối của SSN:
Địa chỉ:		Mã số Sage:

II. CÁC BÊN ĐƯỢC PHÉP CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi đồng ý cho các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho tôi trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC cung cấp thông tin sức khỏe về SUD được bảo vệ theo 42 CFR Part 2 của tôi cho SAPC. SAPC nhận thông tin với vai trò là chương trình SUD chuyên khoa Medi-Cal, để thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Tôi cho phép cung cấp thông tin trong hồ sơ y tế của mình cho SAPC hoặc các bên thanh toán thứ ba khác, gồm mọi thông tin cần thiết để nộp và xử lý yêu cầu thanh toán, như họ tên, ngày sinh, địa chỉ, chẩn đoán y tế và dịch vụ đã cung cấp cho tôi.

III. THÔNG TIN QUAN TRỌNG KHÁC

Khi ký giấy đồng ý này, tôi hiểu rằng:

- **Thời hạn của sự đồng ý –** Sự cho phép này sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi bị rút lại.
- Hồ sơ điều trị liên quan đến rượu và/hoặc ma túy của tôi được bảo vệ theo quy định liên bang về Bảo mật và Hồ sơ Bệnh nhân Lạm dụng Ma túy, 42 C.F.R. Part 2, và Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Khả năng Chuyển đổi Bảo hiểm Y tế năm 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. Parts 160 & 164. Không được tiết lộ các hồ sơ này nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi, trừ khi các quy định cho phép.
- **Quyền không ký:** Sự đồng ý này nhằm thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe của tôi và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Tôi biết mình có quyền không ký. Nếu không ký, tôi chấp nhận chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí. Chi phí này gồm cả những khoản lẽ ra được lập hóa đơn cho hoặc được hoàn trả bởi SAPC, với vai trò là chương trình SUD chuyên khoa Medi-Cal, cũng như các bên thanh toán thứ ba có liên quan. Tôi sẽ phải chịu mọi khoản chi phí tự trả liên quan.
- Tôi hiểu rằng sự cho phép này là cần thiết để xác định điều kiện nhận điều trị hoặc quyền lợi, hay để thanh toán chi phí điều trị tôi nhận được. Tuy nhiên, SAPC không được lấy việc tôi cho phép làm điều kiện để điều trị cho tôi.
- Tôi có quyền nhận một bản sao giấy đồng ý này. Bản sao có giá trị như bản gốc.
- **Thông tin về việc tiết lộ lại –** Thông tin điều trị liên quan đến rượu hoặc ma túy đã được tiết lộ cho đơn vị thuộc phạm vi điều chỉnh của HIPAA hoặc đối tác kinh doanh có thể được tiết lộ lại trong phạm vi mà quy định HIPAA cho phép.
- **Giới hạn việc tiết lộ lại –** Thông tin đã tiết lộ không được tiết lộ lại để dùng trong thủ tục dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp chống lại người nhận dịch vụ, trừ khi có thêm một giấy đồng ý chỉ dành riêng cho mục đích đó và đáp ứng 42 C.F.R. Part 2.
- Tôi có quyền rút lại sự đồng ý bất cứ lúc nào, bằng văn bản hoặc trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử

dụng chất cho tôi. Tuy nhiên, việc rút lại không áp dụng đối với những việc mà nhà cung cấp hoặc bên nắm giữ thông tin hợp pháp khác đã thực hiện dựa trên sự đồng ý đó. Tôi có thể dùng mục Rút lại sự đồng ý trên giấy này để chấm dứt sự đồng ý bằng văn bản. Khi nhận được yêu cầu rút lại, nhà cung cấp dịch vụ hoặc SAPC sẽ hủy sự đồng ý đối với việc cung cấp thông tin trong tương lai. Tôi hiểu rằng thông tin đã tiết lộ trước khi rút lại sự đồng ý không thể thu hồi; các bên đã nhận thông tin cũng không phải trả lại hoặc hủy bỏ thông tin đó.

IV. CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận đã đọc giấy đồng ý và hiểu rằng chữ ký của tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi như được nêu trên giấy này. Tôi hiểu việc ký là tự nguyện và tôi có quyền từ chối ký.

Họ tên và chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp:

Nếu người nhận dịch vụ không viết được, họ có thể dùng một dấu thay cho chữ ký trên dòng ký tên. Việc ký bằng dấu cần có hai người làm chứng. Một người làm chứng phải ghi tên người nhận dịch vụ vào dòng dành cho tên của người đó; ghi rõ tên mình vào một trong hai dòng "Họ tên bằng chữ in của người làm chứng" và ký vào chỗ dành cho người làm chứng bên dưới. Người làm chứng thứ hai phải ghi tên mình vào dòng "Họ tên bằng chữ in của người làm chứng" còn lại và ký vào chỗ còn lại để xác nhận việc người nhận dịch vụ ký bằng dấu.

_____	_____	_____ / _____ / _____
Ghi rõ họ tên bằng chữ in (Tên, Tên đệm, Họ)	Chữ ký	Tháng / Ngày / Năm

Nếu người đại diện hợp pháp ký, hãy ghi mối quan hệ và thẩm quyền ký:

_____

Họ tên và chữ ký của người làm chứng:

Nếu người nhận dịch vụ không viết được và đã dùng một dấu thay cho chữ ký ở trên, thì hai người làm chứng phải điền phần dành cho người làm chứng bằng cách ghi rõ họ tên và ký bên dưới.

1. _____	2. _____
Họ tên bằng chữ in của người làm chứng (Tên, Tên đệm, Họ)	Họ tên bằng chữ in của người làm chứng (Tên, Tên đệm, Họ)
_____	_____
Chữ ký	Chữ ký

V. THÔNG BÁO KÈM THEO KHI TIẾT LỘ THÔNG TIN

Hồ sơ này được tiết lộ cho quý vị và được bảo vệ theo quy định bảo mật của Liên bang (42 CFR part 2). Các quy định này cấm quý vị sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ này, hay lời khai mô tả thông tin trong hồ sơ, trong bất kỳ thủ tục dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp nào do cơ quan Liên bang, Tiểu bang hoặc địa phương tiến hành chống lại người nhận dịch vụ, nếu không có sự đồng ý của người nhận dịch vụ. Ngoại lệ là các trường hợp được quy định tại 42 CFR 2.12(c)(5) hoặc được tòa án cho phép theo 42 CFR 2.64 hoặc 2.65. Ngoài ra, quy định Liên bang cấm mọi việc sử dụng hoặc tiết lộ khác đối với hồ sơ này, trừ khi đáp ứng ít nhất một điều kiện sau:

(i) Người có thông tin được tiết lộ trong hồ sơ này đã đồng ý rõ ràng bằng văn bản cho phép tiếp tục sử dụng hoặc tiết lộ thông tin, hoặc việc đó được 42 CFR part 2 cho phép.

(ii) Quý vị là một đơn vị thuộc phạm vi điều chỉnh của HIPAA hoặc là một đối tác kinh doanh và đã nhận hồ sơ để điều trị, thanh toán hoặc thực hiện hoạt động chăm sóc sức khỏe; hoặc

(iii) Quý vị đã nhận hồ sơ từ một đơn vị thuộc phạm vi điều chỉnh của HIPAA hoặc một đối tác kinh doanh theo quy định tại 45 CFR part 164, tiểu phần A và E.

Giấy cho phép chung về việc cung cấp thông tin y tế hoặc thông tin khác KHÔNG đáp ứng đủ các yêu cầu của sự đồng ý bằng văn bản để tiếp tục sử dụng hoặc tiết lộ lại hồ sơ (xem 42 CFR 2.31).

VI. RÚT LẠI SỰ ĐỒNG Ý

Tôi có quyền rút lại giấy đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách điền mục này và gửi yêu cầu Rút lại sự đồng ý qua bưu điện hoặc nộp trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất cho tôi. Tuy nhiên, việc rút lại không áp dụng đối với những việc mà nhà cung cấp hoặc bên nắm giữ thông tin hợp pháp khác đã thực hiện dựa trên sự đồng ý đó.

Địa chỉ nhận thư của cơ quan cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất:

Tên tổ chức: _____

Địa chỉ đường phố (Dòng 1): _____

Địa chỉ (Dòng 2: Số căn hộ/Số phòng/Số nhà): _____

Thành phố, tiểu bang, mã bưu chính: _____

Khi nhận được yêu cầu Rút lại sự đồng ý của tôi, nhà cung cấp dịch vụ sẽ hủy sự đồng ý đối với việc cung cấp thông tin trong tương lai. Thông tin đã tiết lộ trước khi nhận được yêu cầu rút lại không thể thu hồi.

Khi ký tên dưới đây, tôi rút lại sự đồng ý đối với việc cung cấp thông tin trong tương lai cho mục đích thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng không thể hủy bỏ hay thu hồi thông tin đã tiết lộ trước khi yêu cầu rút lại này được tiếp nhận.

Họ tên và chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp:

Nếu người nhận dịch vụ không viết được, họ có thể dùng một dấu thay cho chữ ký trên dòng ký tên. Việc ký bằng dấu cần có hai người làm chứng. Một người làm chứng phải ghi tên người nhận dịch vụ vào dòng dành cho tên của người đó; ghi rõ tên mình vào một trong hai dòng "Họ tên bằng chữ in của người làm chứng" và ký vào chỗ dành cho người làm chứng bên dưới. Người làm chứng thứ hai phải ghi tên mình vào dòng "Họ tên bằng chữ in của người làm chứng" còn lại và ký vào chỗ còn lại để xác nhận việc người nhận dịch vụ ký bằng dấu.

_____	_____	_____ / _____ / _____
Ghi rõ họ tên bằng chữ in (Tên, Tên đệm, Họ)	Chữ ký	Tháng / Ngày / Năm

Nếu người đại diện hợp pháp ký, hãy ghi mối quan hệ và thẩm quyền ký:

_____

Họ tên và chữ ký của người làm chứng:

Nếu người nhận dịch vụ không viết được và đã dùng một dấu thay cho chữ ký ở trên, thì hai người làm chứng phải điền phần dành cho người làm chứng bằng cách ghi rõ họ tên và ký bên dưới.

1. _____	2. _____
Họ tên bằng chữ in của người làm chứng (Tên, Tên đệm, Họ)	Họ tên bằng chữ in của người làm chứng (Tên, Tên đệm, Họ)
_____	_____
Chữ ký	Chữ ký

Người nhận dịch vụ đã nộp trực tiếp cho SAPC Giấy đồng ý cung cấp thông tin có thể gửi giấy Rút lại sự đồng ý đã điền đầy đủ qua email bảo mật hoặc bưu điện đến địa chỉ dưới đây. Phải gửi kèm bản sao giấy tờ tùy thân chính thức do chính phủ cấp để xác minh yêu cầu là hợp lệ.

Địa chỉ nhận thư của SAPC	Địa chỉ email:
Substance Abuse Prevention and Control 1000 South Fremont Ave. Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34 Alhambra, CA 91803	SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Lưu ý: SAPC sẽ không xử lý yêu cầu rút lại từ người nhận dịch vụ không hoàn tất Giấy đồng ý cho phép cung cấp thông tin trực tiếp với SAPC, hoặc yêu cầu không kèm bản sao giấy tờ tùy thân hợp lệ do chính phủ cấp.

Cách điền Giấy đồng ý cho thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe của SAPC

Mục đích đồng ý và tiết lộ (Phần đầu giấy)

Mục này giải thích rằng quý vị cho phép:

- SAPC nhận thông tin về SUD của quý vị để phục vụ **thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe**; và
- SAPC, DHCS, các MCP và các bên thanh toán khác nhận thông tin cần thiết để nộp và xử lý yêu cầu thanh toán.
- **Quý vị phải điền giấy này** nếu muốn SAPC lập hóa đơn cho Medi-Cal hoặc các bên thanh toán khác về dịch vụ SUD của mình.

Mục I — Thông tin người nhận dịch vụ

Điền thông tin cá nhân để SAPC và các nhà cung cấp dịch vụ xác định đúng hồ sơ của quý vị.

1. **Họ tên:** Ghi đầy đủ họ tên theo giấy tờ pháp lý (Họ, Tên, Tên đệm).
2. **Ngày sinh:** Dùng định dạng MM/DD/YYYY (tháng/ngày/năm).
3. **Số Medi-Cal:** Ghi số Medi-Cal của quý vị, nếu có.
4. **Địa chỉ email:** Ghi địa chỉ email quý vị thường xuyên kiểm tra.
5. **Số điện thoại:** Số dễ liên lạc với quý vị nhất.
6. **4 số cuối của SSN:** Chỉ ghi bốn số cuối của Số An sinh Xã hội. Nếu quý vị không có SSN hoặc không biết số của mình, hãy để trống.
7. **Địa chỉ:** Địa chỉ nhận thư hiện tại của quý vị.
8. **Mã số Sage:** Ghi số hồ sơ y tế Sage EHR của quý vị, nếu biết. Nếu không biết, hãy để trống hoặc hỏi nhà cung cấp dịch vụ.

Mục II — Các bên được phép chia sẻ thông tin sức khỏe

Quý vị không cần viết gì trong mục này. Mục này giải thích rằng quý vị cho phép **các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho quý vị trong SAPC** cung cấp thông tin về SUD của quý vị cho **SAPC và các bên thanh toán thứ ba** (DHCS, các MCP, chương trình bảo hiểm), để phục vụ **thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe**.

Mục III — Thông tin quan trọng khác

Quý vị không cần viết gì trong mục này. Hãy đọc kỹ từng phần.

- **Thời hạn:** Sự đồng ý của quý vị có hiệu lực cho đến khi quý vị rút lại.
- **Biện pháp bảo vệ:** Hồ sơ của quý vị được bảo vệ theo luật liên bang, gồm **42 CFR Part 2 và HIPAA**.
- **Quyền không ký:** Quý vị có thể từ chối ký. Khi đó, **quý vị sẽ phải chịu chi phí liên quan đến việc chăm sóc của mình**.
- **Quyền nhận bản sao:** Quý vị có thể yêu cầu một bản sao giấy đồng ý đã ký.
- **Tiết lộ lại:** Một số thông tin của quý vị có thể được tiết lộ lại theo HIPAA trong những trường hợp giới hạn.
- **Bảo vệ về pháp lý:** Thông tin của quý vị không được dùng trong thủ tục pháp lý nếu không có sự đồng ý riêng.
- **Quyền rút lại:** Quý vị có thể rút lại sự đồng ý bất cứ lúc nào. Thông tin đã chia sẻ không thể thu hồi.

Mục IV — Chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp

Đây là phần quý vị chính thức cho phép cung cấp thông tin.

1. **Ghi rõ họ tên bằng chữ in:** Họ tên đầy đủ theo giấy tờ pháp lý.
2. **Chữ ký:** Ký tên của quý vị.
    a. Nếu không viết được, quý vị có thể dùng một dấu thay cho chữ ký.
    b. Nếu ký bằng dấu, **hai người làm chứng** phải điền phần dành cho người làm chứng.
3. **Ngày:** Ghi ngày ký.
4. **Nếu người đại diện hợp pháp ký:**
    a. Ghi mối quan hệ (ví dụ: cha mẹ, người giám hộ, v.v.).
    b. Ghi thẩm quyền (ví dụ: lệnh của tòa án, quyền bảo hộ, v.v.).
5. **Phần người làm chứng** ***(chỉ khi người nhận dịch vụ ký bằng dấu, hoặc là người chưa thành niên cần sự đồng ý của cha mẹ/người giám hộ hay người đại diện hợp pháp)***
    Hai người làm chứng phải:
    - Ghi rõ họ tên bằng chữ in, dễ đọc
    - Ký tên

Nếu **người đại diện hợp pháp** ký, họ phải ghi mối quan hệ và thẩm quyền pháp lý của mình. Nếu người nhận dịch vụ **ký bằng dấu**, hai người làm chứng phải ghi rõ họ tên và ký.

Nếu việc tư vấn hoặc điều trị SUD cho người chưa thành niên cần có sự đồng ý của cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp, thì cả người chưa thành niên **và** cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp đều phải ký giấy đồng ý. Cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp phải ghi rõ họ tên bằng chữ in, ký tên và ghi ngày trên dòng chữ ký đầu tiên ở Mục IV "Chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp". Họ phải ghi mối quan hệ với người nhận dịch vụ trên dòng ngay bên dưới. Người chưa thành niên phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký vào ô chữ ký người làm chứng thứ nhất.

Mục V — Thông báo kèm theo khi tiết lộ thông tin

Đây là thông báo bảo mật bắt buộc theo 42 CFR Part 2, sẽ được gửi kèm thông tin của quý vị. Quý vị không cần viết gì trong mục này. Thông báo kèm theo khi tiết lộ thông tin là thông báo bảo mật đi cùng hồ sơ được cung cấp theo sự cho phép qua việc ký giấy này. Thông báo bảo mật này cho bên nhận biết rằng các hồ sơ họ nhận được đều được bảo vệ theo luật bảo mật của tiểu bang và liên bang, và không được chia sẻ với các đơn vị chưa được cho phép trong giấy đồng ý này.

Mục VI — Rút lại sự đồng ý

Chỉ điền mục này **khi quý vị muốn rút lại sự đồng ý (tức là vào một thời điểm trong tương lai).**

Bước 1 — Thông tin nhà cung cấp dịch vụ

Điền các thông tin sau của nhà cung cấp dịch vụ điều trị:

- **Tên tổ chức**
- **Địa chỉ nhận thư đầy đủ**

Bước 2 — Chữ ký rút lại sự đồng ý

1. **Ghi rõ họ tên của quý vị**
2. **Ký tên (hoặc dùng dấu thay chữ ký).**
3. **Ghi ngày rút lại sự đồng ý (MM/DD/YYYY – tháng/ngày/năm)**
4. Nếu **người đại diện hợp pháp** ký, hãy **ghi mối quan hệ và thẩm quyền** ký
5. Nếu nộp trực tiếp cho SAPC, hãy **gửi kèm bản sao giấy tờ tùy thân do chính phủ cấp** để xác minh danh tính

Bước 3 — Người làm chứng (nếu ký bằng dấu, hoặc người nhận dịch vụ là người chưa thành niên cần sự đồng ý của cha mẹ/người giám hộ hay người đại diện hợp pháp)

Hai người làm chứng, hoặc người chưa thành niên, phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký tên.

Bước 4 — Nộp yêu cầu rút lại sự đồng ý

Nếu trước đây quý vị đã nộp giấy đồng ý trực tiếp cho SAPC, quý vị có thể gửi yêu cầu rút lại:

- **Qua email bảo mật** đến SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (phải kèm bản sao giấy tờ tùy thân do chính phủ cấp)
- **Qua bưu điện** đến địa chỉ SAPC ghi trên giấy đồng ý

Vui lòng gửi yêu cầu rút lại cho nhà cung cấp dịch vụ, cơ quan hoặc SAPC theo hướng dẫn trên giấy đồng ý.

Định nghĩa bổ sung

Sự cho phép / Sự đồng ý

Văn bản có chữ ký, đáp ứng mọi yêu cầu của 42 CFR Part 2, bao gồm:

- Mục đích tiết lộ
- Ai có thể tiết lộ
- Ai có thể nhận
- Những thông tin có thể được chia sẻ
- Thời hạn có hiệu lực
- Chữ ký và ngày ký

Mỗi giấy cung cấp thông tin (ROI) của SAPC được thiết kế để đáp ứng các yêu cầu này cho mục đích riêng của giấy đó.

Điều phối chăm sóc

Việc trao đổi và phối hợp giữa các nhà cung cấp dịch vụ để hỗ trợ điều trị, giới thiệu chuyển tiếp dịch vụ, quản lý trường hợp và duy trì chăm sóc liên tục cho người nhận dịch vụ.

Người nhận dịch vụ

Người đang nhận dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất (SUD). Đây là người có thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) có thể được chia sẻ khi họ ký giấy cung cấp thông tin (ROI).

Đơn vị

Bất kỳ tổ chức, cơ quan, nhà cung cấp dịch vụ, tòa án, luật sư hoặc cá nhân nào được phép nhận hoặc tiết lộ thông tin về SUD. Ví dụ: nhà cung cấp dịch vụ của SAPC, DHCS, chương trình chăm sóc có quản lý, tòa án, cơ quan quản chế, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

Thủ tục pháp lý

Bất kỳ thủ tục hình sự, dân sự, hành chính hoặc lập pháp nào mà thông tin về SUD có thể được yêu cầu hoặc được dùng để chống lại người nhận dịch vụ. Ví dụ: phiên điều trần tại tòa, quản chế, vụ việc phúc lợi trẻ em, phiên điều trần quyết định quyền hưởng trợ cấp An sinh Xã hội.

Người đại diện hợp pháp

Người được pháp luật cho phép quyết định thay cho người nhận dịch vụ. Ví dụ:

- Người bảo hộ do tòa án chỉ định
- Người giám hộ hợp pháp
- Cha mẹ của người chưa thành niên. Họ chỉ được ký giấy ROI khi có giấy tờ chứng minh thẩm quyền pháp lý.

Tiêu chuẩn thông tin tối thiểu cần thiết

Theo định nghĩa của HIPAA, chỉ được chia sẻ lượng thông tin ít nhất cần có để thực hiện mục đích của sự đồng ý.

Thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe

Các công việc hành chính cần thiết để lập hóa đơn, thanh toán hoặc quản lý dịch vụ SUD, bao gồm:

- Lập hóa đơn Medi-Cal
- Kiểm tra điều kiện được hưởng dịch vụ
- Xem xét việc sử dụng dịch vụ
- Yêu cầu về dữ liệu của MCP
- Cải thiện chất lượng
- Kiểm toán và xem xét việc tuân thủ

Tiết lộ lại

Bất kỳ việc chia sẻ thông tin về SUD nào sau lần tiết lộ đầu tiên. Theo 42 CFR Part 2, việc tiết lộ lại **được phép**, trừ trường hợp phục vụ thủ tục pháp lý.

Rút lại sự đồng ý

Người nhận dịch vụ có quyền rút lại sự đồng ý bất cứ lúc nào. Việc rút lại không thể hủy việc tiết lộ đã diễn ra khi sự đồng ý còn hiệu lực. Phải rút lại bằng văn bản hoặc bằng cách điền mục rút lại sự đồng ý trên giấy ROI.

Bên thanh toán thứ ba

Bất kỳ bên nào ngoài chính người nhận dịch vụ có trách nhiệm thanh toán hoặc hoàn trả chi phí dịch vụ SUD. Ví dụ: Medi-Cal, DHCS, chương trình chăm sóc có quản lý, bảo hiểm tư nhân.

Nhà cung cấp dịch vụ điều trị / Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC

Bất kỳ chương trình điều trị SUD nào có hợp đồng với SAPC của Quận Los Angeles, gồm chương trình ngoại trú, điều trị tại cơ sở lưu trú, OTP, kiểm soát triệu chứng cai và hỗ trợ phục hồi.

Người làm chứng

Người chứng kiến người nhận dịch vụ ký giấy ROI **bằng dấu** (khi người nhận dịch vụ không thể tự viết chữ ký). Hai (2) người làm chứng phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký tên thì dấu đó mới được coi là hợp lệ.