SAPC-ի «Բուժման և խնամքի համակարգման համաձայնություն» ձևը լրացնելու հրահանգներ

Այս համաձայնության ձևի նպատակն է գրավոր թույլտվություն տրամադրել ձեր առողջական տեղեկատվության բացահայտման և փոխանակման համար, ներառյալ **42 CFR Part 2**-ով պաշտպանված՝ նյութերի օգտագործման խանգարման վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Տեղեկատվությունը կարող է փոխանակվել SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ձեզ ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողների միջև, ինչպես նաև սույն համաձայնության ձևում նշված արտաքին կազմակերպությունների և/կամ անձանց հետ՝ ձեր կամ ձեր լիազորված ներկայացուցչի խնդրանքով՝ հաճախորդի բուժման և խնամքի համակարգման նպատակով: SUD-ի վերաբերյալ տեղեկատվության դեպքում համաձայնության և բացահայտման նպատակը պետք է համապատասխանի **42 CFR Part 2**-ի պահանջներին և բոլոր կիրառելի դաշնային ու նահանգային օրենքներին: Ձեր թույլտվությունը կամավոր է, և դուք կարող եք հրաժարվել ստորագրելուց: Խնդրում ենք մի պահ ժամանակ հատկացնել ստորև բերված հրահանգները կարդալու համար:

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
- **Որքան ժամանակ** է գործում թույլտվությունը
- Տեղեկատվության բացահայտման թույլտվությունը հետ կանչելու կամ սահմանափակելու **ձեր իրավունքները**

Խնդրում ենք ստորագրելուց առաջ ուշադիր **<u>կարդալ և վերանայել յուրաքանչյուր բաժինը</u>**:

Նշեք, թե ինչ տեղեկատվություն կարող է բացահայտվել

Դուք կարող եք սահմանափակել բացահայտվող տեղեկատվության տեսակը կամ ծավալը: Դուք կարող եք թույլատրել հետևյալի բացահայտումը՝

- Ձեր ամբողջ առողջական գրառումը, **կամ**
- Նշեք այն տեղեկատվությունը, որի օգտագործումն ու բացահայտումը թույլատրում եք

Ո՞վ կարող է փոխանցել և ստանալ ձեր տեղեկատվությունը

Դուք պետք է նշեք, թե ում եք թույլատրում փոխանցել տեղեկատվությունը: Սա կարող է ներառել.

- SAPC-ի մատակարարների ցանցը կամ գործակալությունը (գործակալությունները), **կամ**
- SAPC-ի մատակարարների ցանցի կամ գործակալության (գործակալությունների) ընտրված բուժող մատակարարները, **կամ**
- SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցից կամ գործակալությունից/գործակալություններից դուրս գտնվող մեկ կամ մի քանի իրավաբանական և/կամ ֆիզիկական անձ կամ միջնորդ:

Խնդրում ենք ծանոթանալ Բաժին II-ին՝ «Առողջական տեղեկատվությունը փոխանցելու լիազորություն ունեցող կազմակերպություններն ու անձինք»:

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
- **Սահմանափակել**, թե ինչ տեղեկատվություն է փոխանցվում
- **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 IV-ը՝ «Այլ կարևոր տեղեկություններ», և Բաժին VI-ը՝ «Բացահայտումներին կից ծանուցում»:

Թույլտվության գործողության ժամկետի ավարտը

Համաձայնության սույն ձևի գործողության ժամկետը լրանում է դրա ստորագրման օրվանից մեկ տարի հետո, եթե

նախատեսված դաշտում դուք գործողության այլ ժամկետ չնշեք, կամ եթե սույն համաձայնությունը չեղարկեք: Դուք կարող եք նշել սույն ձևի ստորագրման օրվանից մեկ տարուց պակաս կամ մեկ տարուց ավելի ժամկետ: Եթե գործողության ժամկետ չնշեք, ծառայություն մատուցողը կլրացնի սույն համաձայնության ձևի ստորագրման օրվանից մեկ տարի անց լրացող ամսաթիվը:

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

Ձեր թույլտվության հետևանքը

Դուք կարող եք ցանկացած պահի հետ կանչել ձեր թույլտվությունը՝ այդ մասին գրավոր կամ անձամբ տեղեկացնելով ձեզ բուժող ծառայություն մատուցողին կամ ծրագրին: Եթե համաձայնությունը հետևանչվի մինչև գործողության ժամկետի լրանալը, սույն ձևաթուղթը կհամարվի չեղարկված: Թույլտվության հետևանչը հետադարձ ուժ **չունի և չի վերաբերում** մինչև հետևանչի մասին ծանուցումն ստանալը արդեն փոխանցված տեղեկատվությանը:

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 V 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 IV-ը՝ «Այլ կարևոր տեղեկություններ», և Բաժին VII-ը՝ «Համաձայնության հետևանքը»:

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՝ ձեր լիազորությունը կամ հարաբերությունը հաստատելու համար:

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

<u>Համաձայնության ձևը</u> 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 V 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

ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԽՆԱՄՔԻ ՀԱՄԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Համաձայնության և բացահայտման նպատակը. սույն համաձայնության ձևով թույլատրվում է 42 CFR Part 2-ով պաշտպանված՝ նյութերի օգտագործման խանգարման (SUD) վերաբերյալ առողջական տեղեկատվության բացահայտումն ու փոխանակումը SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ հաճախորդին ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողների միջև, ինչպես նաև սույն համաձայնության ձևում նշված արտաքին կազմակերպություններին և/կամ անձանց՝ հաճախորդի կամ նրա լիազորված ներկայացուցչի խնդրանքով՝ հաճախորդի բուժման և խնամքի համակարգման նպատակով: Խնդրում ենք ստորև նշված տարբերակներից ընտրել մեկը կամ երկուսը՝ նշելով, թե արդյոք թույլատրում եք տեղեկատվության փոխանակումը SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ձեզ ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողների միջև, թե SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցի և այդ ցանցից դուրս գտնվող մեկ կամ մի քանի կազմակերպության, անձի կամ միջնորդի միջև:

☐ SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ☐ SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցից դուրս

Այս բաժնում ընտրված տարբերակը պետք է համապատասխանի Բաժին II-ում ընտրված տարբերակին: Առողջական տեղեկատվությունը փոխանցելու լիազորություն ունեցող կազմակերպություններն ու անձինք:

I. ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐ		
Անուն (Ազգանուն, Անուն և Հայրանուն)՝	Ծննդյան ամսաթիվ.	Medi-Cal #՝
Էլեկտրոնային հասցե. 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 թույլատրում եմ ինձ ներկայումս, նախկինում և ապագայում բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողին կամ ծառայություն մատուցողներին 42 CFR Part 2-ով պաշտպանված՝ SUD-ի վերաբերյալ իմ առողջական տեղեկատվությունը փոխանակել ստորև նշված կազմակերպությունների և/կամ անձանց հետ՝ սույն հարցման համաձայն, իմ բուժման և խնամքի համակարգման նպատակով:

Ընտրեք ստորև ներկայացված տարբերակներից մեկը կամ մի քանիսը: «SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում» տարբերակներից կարելի է ընտրել միայն մեկը: Ստորև ընտրված տարբերակը կամ տարբերակները պետք է համապատասխանեն սույն փաստաթղթի վերևում ընտրված տարբերակին կամ տարբերակներին:

☐ **SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ամբողջ ցանցը.** SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ բուժում տրամադրող բոլոր ծառայություն մատուցողների հետ: Եթե միայն այս տարբերակն եք ընտրել, անցեք Բաժին III-ին: Բացահայտումների շրջանակը:

☐ Ընտրեք **SAPC-ի ծառայություն մատուցող գործակալությունը կամ գործակալությունները.** SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ստորև նշված բուժում տրամադրող ծառայություն մատուցողի կամ ծառայություն մատուցողների հետ:

☐ **SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցից դուրս.** ստորև նշված՝ այդ ցանցից դուրս գտնվող կազմակերպությունների և/կամ անձանց կամ միջնորդների հետ:

Ստորև նախատեսված դաշտերում մուտքագրեք SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում ընդգրկված՝ ձեր ընտրած

ծառայություն մատուցողի կամ ծառայություն մատուցողների և/կամ արտաքին կազմակերպությունների կոնտակտային տվյալները, որոնց թույլատրում եք տրամադրել SUD-ի վերաբերյալ ձեր պաշտպանված տեղեկատվությունը: Լրացուցիչ տեղի անհրաժեշտության դեպքում խնդրում ենք օգտագործել «Տեղեկատվության բացահայտման համար լրացուցիչ լիազորված անձանց և կազմակերպությունների» լրացուցիչ թերթիկը՝ հավելյալ անձանց կամ կազմակերպություններին թվարկելու համար, և այն կցել սույն համաձայնության ձևի վերջում:

1. Կազմակերպության անվանումը կամ անձի անունը՝ _____

   Հասցե՝ _____

   Հեռ. #՝ _____ Ֆաքս #՝ _____

   Էլ. փոստ. _____ Կայք. _____

2. Կազմակերպության անվանումը կամ անձի անունը՝ _____

   Հասցե՝ _____

   Հեռ. #՝ _____ Ֆաքս #՝ _____

   Էլ. փոստ. _____ Կայք. _____

3. Կազմակերպության անվանումը կամ անձի անունը՝ _____

   Հասցե՝ _____

   Հեռ. #՝ _____ Ֆաքս #՝ _____

   Էլ. փոստ. _____ Կայք. _____

III. ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԾՐԱՆԱԿԸ

Ես լիազորում եմ Բաժին II-ում նշված կազմակերպություններին և/կամ անձանց փոխանցել ստորև նշված պաշտպանված առողջական տեղեկատվությունը:

Ընտրեք ստորև բերված տարբերակներից մեկը:

☐ Իմ ամբողջ առողջական գրառումը

☐ Այլ. _____

Նշեք այն տեղեկատվությունը, որի օգտագործումն ու բացահայտումը թույլատրում եք:

IV. ԱՅԼ ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ստորագրելով այս Համաձայնության ձևը՝ ես հասկանում եմ, որ՝

- **Համաձայնության ժամկետի ավարտ.** սույն համաձայնության ձևի գործողության ժամկետը լրանում է դրա ստորագրման օրվանից մեկ տարի հետո, եթե ստորև գտնվող տողում գործողության այլ ժամկետ չնշվի, կամ եթե այն չեղարկվի:

  Սահմանում եմ, որ սույն համաձայնության ձևի գործողության ժամկետը լրանում է
  _____ / _____ / _____ ամսաթվին:
  Ամիս Օր Տարի

- 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:
- 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: Իրավական նպատակներով տեղեկատվություն բացահայտելու համար պահանջվում է առանձին համաձայնություն:
- Ես հասկանում եմ, որ համաձայնության ձևի հիման վրա օգտագործված կամ բացահայտված տեղեկատվությունը ստացողի կողմից կարող է հետագայում բացահայտվել և այլևս չպաշտպանվել 42 C.F.R. Part 2-ով:
- 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: Այս համաձայնությունը գրավոր հետ կանչելու համար կարող եմ օգտագործել համաձայնության 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:

V. 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 դաշտերում: 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

VI. 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):

VII. ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ ԿԱՆՉՈՒՄ

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

Նյութերի օգտագործման խանգարման բուժման ծառայություն մատուցող կազմակերպության 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՝ 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, նշեք նրա կապը հաճախորդի հետ 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. _____ 2. _____
Վկայի անունը տպատառերով (անուն, հայրանուն և ազգանուն) Վկայի անունը տպատառերով (անուն, հայրանուն և ազգանուն)

_____ _____
Ստորագրություն 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 հասցե
Նյութերի չարաշահման կանխարգելում և վերահսկում
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Էլփոստի Հասցե՝
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 «Բուժման և խնամքի համակարգման համաձայնություն» ձևը

Համաձայնության և բացահայտման նպատակը (ձևի վերևի հատվածում)

Այս բաժնում նշվում է, **թե ում կարող է փոխանցվել SUD-ի վերաբերյալ ձեր տեղեկատվությունը**: Համոզվեք, որ այստեղ ընտրված տարբերակները **համապատասխանում են Բաժին II-ում ընտրված տարբերակներին**:

Քայլ 1. Կարդացեք նպատակը նկարագրող հայտարարությունը:

1. Այն բացատրում է, որ սույն ձևով թույլատրվում է 42 CFR Part 2-ով պաշտպանված՝ SUD-ի վերաբերյալ տեղեկատվության բացահայտումը «**հաճախորդի բուժման և խնամքի համակարգման նպատակով**»:

Քայլ 2. Ընտրեք մեկ կամ մի քանի տարբերակ:

1. Նշեք նշավանդակներից մեկը կամ երկուսը՝
    a. **SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցում**. Ընտրեք այս տարբերակը, եթե ցանկանում եք, որ ձեր տեղեկատվությունը փոխանցվի միայն SAPC-ի հետ պայմանագիր ունեցող SUD ծառայություն մատուցողների միջև:
    b. **SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցից դուրս**. Ընտրեք այս տարբերակը, եթե ցանկանում եք, որ ձեր տեղեկատվությունը փոխանցվի արտաքին կազմակերպություններին կամ անձանց, օրինակ՝ առաջնային բուժօգնության կամ հոգեկան առողջության ծառայություն մատուցողներին, պրոբացիայի ծառայությանը, որոշակի հիվանդանոցին, անձամբ ձեզ և այլն:

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 նշվում է, թե ձեր ընտրած տարբերակի կամ տարբերակների հիման վրա **ովքեր կարող են փոխանակել SUD-ի վերաբերյալ ձեր տեղեկատվությունը**:

Քայլ 1. Ընտրեք մեկ կամ մի քանի տարբերակ:

Ընտրեք ձեր կարիքներին համապատասխանող տարբերակը կամ տարբերակները՝

1. **SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ամբողջ ցանցը**
    a. Ընտրեք այս տարբերակը, եթե ցանկանում եք, որ ձեզ ծառայություն մատուցողը կարողանա տեղեկատվություն փոխանակել SAPC-ի SUD ծառայություն մատուցողների ամբողջ ցանցի հետ՝ տարբեր գործակալությունների միջև ձեր խնամքն ամբողջությամբ համակարգելու համար:
    b. Եթե նշել եք միայն այս վանդակը, կարող եք անցնել Բաժին III-ին:
2. **Ընտրեք SAPC-ի ծառայություն մատուցող գործակալությունը կամ գործակալությունները**
    a. Ընտրեք այս տարբերակը, եթե ցանկանում եք թույլատրել, որ SUD ծառայություն մատուցողը

տեղեկատվություն փոխանակի միայն SAPC-ի որոշակի այլ ծառայություն մատուցողների հետ:

b. Դուք պետք է տրամադրեք պահանջվող կոնկրետ տվյալները SAPC-ի յուրաքանչյուր այն ծառայություն մատուցողի համար, որից ցանկանում եք պահանջել ձեր առողջական տեղեկատվությունը կամ որի հետ ցանկանում եք այն փոխանակել:

3. **SAPC-ի ծառայություն մատուցողների ցանցից դուրս**

a. Ընտրեք այս տարբերակը, եթե ցանկանում եք, որ ձեր տեղեկատվությունը փոխանցվի արտաքին կազմակերպություններին կամ անձանց, օրինակ՝ Հոգեկան առողջության վարչությանը, Առողջապահական ծառայությունների վարչությանը, ձեր առաջնային բուժօգնության բժշկին, հիվանդանոցին, դպրոցին և այլն:

b. Դուք պետք է տրամադրեք պահանջվող կոնկրետ տվյալները յուրաքանչյուր այն կազմակերպության կամ անձի համար, որից ցանկանում եք պահանջել ձեր առողջական տեղեկատվությունը կամ որի հետ ցանկանում եք այն փոխանակել:

Քայլ 2. Լրացրեք կազմակերպության կամ անձի տվյալները (եթե կիրառելի է)

Ձեր կողմից լիազորված SAPC-ի յուրաքանչյուր ծառայություն մատուցողի կամ արտաքին կազմակերպության կամ անձի համար լրացրեք հետևյալ տվյալները՝

- **Կազմակերպության անվանումը կամ անձի անունը** (նշեք ամբողջությամբ՝ առանց հապավումների)
- **Հասցե** (ամբողջական փոստային հասցե)
- **Հեռախոսի համար** (տարածքային կոդով)
- **Ֆաքսի համարը** (եթե հայտնի է)
- **Էլփոստի հասցեն** (եթե հայտնի է)
- **Կայք** (ըստ ցանկության)

Քայլ 3. Անհրաժեշտության դեպքում ավելացրեք լրացուցիչ էջեր

Եթե անձանց կամ կազմակերպությունների քանակը երեքից ավելի է, լրացրեք «Տեղեկատվության բացահայտման համար լրացուցիչ լիազորված անձանց և կազմակերպությունների» լրացուցիչ թերթիկը՝ հավելյալ սուբյեկտներին թվարկելու համար և այն կցեք սույն համաձայնության ձևի վերջում:

Բաժին III. Բացահայտման շրջանակը

Այս բաժինը սահմանում է, թե **ինչ տեղեկատվություն** կարող է օգտագործվել կամ բացահայտվել:

Քայլ 1. Ընտրեք մեկ տարբերակ

- ☐ **Իմ ամբողջ առողջական գրառումը**: Ընտրեք այս տարբերակը, եթե ցանկանում եք, որ SUD-ի վերաբերյալ ձեր ամբողջ գրառումը հասանելի լինի խնամքի համակարգման նպատակով:
- ☐ **Այլ.** Նշեք այս տարբերակը, եթե ցանկանում եք սահմանափակել բացահայտվող տեղեկատվությունը:

Քայլ 2. «Այլ» տարբերակն ընտրելու դեպքում ճշգրիտ նշեք, թե ինչ տեղեկատվություն կարող է բացահայտվել:

Նշեք հնարավորինս կոնկրետ տեղեկություններ, որպեսզի ծառայություն մատուցողները հստակ իմանան, թե ինչն է թույլատրված:

Օրինակներ՝

- «Միայն բուժման ամսաթվերը»
- «Միայն գնահատումն ու ախտորոշումը»
- «Դեղամիջոցների ցանկ»
- «Ծրագրին մասնակցության հաստատում»
- «Միայն առաջընթացի հաշվետվությունները»

Բաժին IV. Այլ կարևոր տեղեկություններ

Ուշադիր կարդացեք յուրաքանչյուր ենթաբաժինը:

- **Գործողության ժամկետ.** սույն համաձայնության ձևի գործողության ժամկետը լրանում է դրա ստորագրման օրվանից մեկ տարի հետո, եթե գործողության այլ ժամկետ չնշվի, կամ եթե այն չեղարկվի: Նախատեսված դաշտում լրացրեք ամսաթիվ, եթե ցանկանում եք, որ սույն համաձայնության ձևի գործողության ժամկետը լրանա դրա ստորագրման օրվանից մեկ տարուց շուտ կամ ուշ: Եթե գործողության ժամկետ չնշեք, ծառայություն մատուցողը կլրացնի սույն համաձայնության ձևի ստորագրման օրվանից մեկ տարի անց լրացող ամսաթիվը:
- **Պաշտպանություն.** Ձեր գրառումները պաշտպանված են դաշնային օրենսդրությամբ՝ **42 CFR Part 2-ով** և **HIPAA-ով**:
- **Չստորագրելու իրավունք.** դուք կարող եք հրաժարվել ստորագրելուց, սակայն այդ դեպքում **ձեր գրառումը չի**

բացահայտվի:

- **Պատճեն ստանալու իրավունք.** Դուք կարող եք պահանջել ստորագրված համաձայնության պատճենը:
- **Հետագա բացահայտում.** HIPAA-ի համաձայն՝ ստացող գործակալությունը սահմանափակ հանգամանքներում կարող է հետագայում բացահայտել ձեր տեղեկատվության մի մասը:
- **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 V. 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 V 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 VI. Բացահայտումներին կցվող ծանուցում

Սա 42 CFR Part 2-ով պահանջվող գաղտնիության ծանուցումն է, որը կկցվի 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 VII. 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
- 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: