



ASAP नाम और संपर्क जानकारी आवेदक की सहमति और प्रकटीकरण फॉर्म

मैसाचुसेट्स होम केयर प्रोग्राम (Massachusetts Home Care Program) के तहत होम केयर सेवाएं प्रदान करने के लिए, एजिंग सर्विसेज एक्सेस प्वाइंट (Aging Services Access Point, ASAP) को सेवाओं के लिए आपकी पात्रता और देखभाल के समन्वय को स्थापित करने के लिए व्यक्तिगत और स्वास्थ्य जानकारी एकत्र करनी होगी। आपकी सेवाओं के समन्वय के लिए परिवार के सदस्यों, स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सकों और सामुदायिक सेवा संगठनों से भी संपर्क किया जा सकता है जो आपकी देखभाल में शामिल हो सकते हैं। एकत्र की गई सभी जानकारी मैसाचुसेट्स सामान्य कानून (Massachusetts General Laws) की अनिवार्यताओं के तहत गोपनीय रखी जाएगी। आपको पर्याप्त और उचित देखभाल प्रदान करने के लिए, निम्नलिखित पक्षों के पास आपके बारे में प्रासंगिक जानकारी तक पहुंच हो सकती है:

- आपकी सेवाएं प्रदान करने और प्रबंधित करने के उद्देश्य से ASAPS, बुजुर्ग मामलों या प्रदाताओं से उपयुक्त कार्मिक/ठेकेदार;
- MassHealth यदि यह आपकी कुछ सेवाओं के लिए भुगतान कर रहा है; और
- जो आपकी देखभाल में शामिल हो सकते हैं ताकि वे आपकी जरूरतों को समझ सकें। इस जानकारी में संभवतः आपका नाम, पता, टेलीफोन नंबर, आपातकालीन संपर्क, घर के अन्य सदस्य, स्वास्थ्य स्थिति, दैनिक कार्यों को पूरा करने की क्षमता, प्रदान की गई पारिवारिक सहायता की सीमा और जरूरी सहायता के प्रकार शामिल होंगे।

यह सहमति फॉर्म HIV स्थिति पर जानकारी जारी करने को कवर नहीं करता है। HIV स्थिति पर जानकारी जारी करने के लिए एक अलग फॉर्म प्रयोग किया जाना चाहिए।

आपके अधिकार: आपको इनका अधिकार है:

- जानकारी कहां और कैसे रखी जाती है, इसके बारे में पूछना;
- जो जानकारी एकत्र की और रखी जाती है उस पर आपत्ति करना;
- अपनी केस फाइल की सामग्री देखना और कॉपी (अपने खर्च पर) करना;
- कहना कि कुछ जानकारी अन्य संगठनों को जारी न की जाए; और
- कहना कि परिवार के कुछ सदस्यों से संपर्क न किया जाए।

I. सहमति

जानकारी प्राप्त करने और रखने की सहमति (उपयुक्त बक्सों पर निशान लगाएं)

[] मैं [ASAP] को अपने रिकॉर्ड में निहित प्रासंगिक जानकारी मेरी सेवाओं के समन्वय के उद्देश्य से अपने किसी भी स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सकों या सामुदायिक सेवा संगठनों के साथ साझा करने की अनुमति देता/देती हूं जो मेरी देखभाल में शामिल हो सकते हैं।

[] मैं ASAP को अपनी व्यक्तिगत और/या स्वास्थ्य जानकारी मेरे परिवार, देखभाल करने वालों और/या नीचे पहचाने गए अन्य नामित व्यक्तियों के साथ साझा करने की अनुमति देता/देती हूं।

[] मैं ASAP को निम्नलिखित लोगों या नीचे पहचाने गए संगठनों के साथ अपनी व्यक्तिगत या स्वास्थ्य जानकारी साझा करने की अनुमति नहीं देता/देती हूं।

नामांकन और सेवाओं के लिए सहमति

[] मैं प्रारंभिक सेवा प्लान (Initial Service Plan) ("सेवाएं") में सूचीबद्ध सेवाओं के लिए [ASAP] को आवेदन कर रहा/रही हूं, जिसे आज मेरे और [ASAP] स्टाफ सदस्य, जिसने इस फॉर्म पर हस्ताक्षर किए हैं, द्वारा पूरा किया गया है।

मुझे सेवाओं के बारे में समझाया गया है और मेरे प्रश्नों का उत्तर दिया गया है। मैं समझता/समझती हूं कि इन सेवाओं की समीक्षा [ASAP] कर्मचारियों द्वारा की जाएगी और यदि जरूरत हो तो संशोधित किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूं कि मेरा केयर मैनेजर किसी भी प्रस्तावित बदलावों पर मुझसे परामर्श करेगा।

मैं किसी भी समुदाय या स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित सेवाओं को [ASAP] के साथ साझा करूँगा/करूँगी।

मैं समझता/समझती हूं कि यदि मेरे पास और प्रश्न हैं तो मैं [ASAP] को कॉल कर सकता/सकती हूं। मैं समझता/समझती हूं कि [ASAP] का एक स्टाफ सदस्य यह पुष्टि करने के लिए जरूरी अंतरालों पर मुझसे दोबारा मिलेगा कि मैं अभी भी पात्र हूं और सेवाएं मेरी जरूरतों को पूरा कर रही हैं।

II. जानकारी प्राप्त करना

मुझे नीचे जांचे गए विषयों के संबंध में जानकारी प्राप्त हुई है। यदि इस जानकारी के बारे में मेरे कोई प्रश्न हैं तो मैं [ASAP] को फोन करूँगा/करूँगी।

- [] (ASAP) उपभोक्ता के रूप में मेरे अधिकार और जिम्मेदारियां
- [] गोपनीयता प्रथाओं का नोटिस (HIPAA नोटिस)
- [] एजिंग सर्विसेज एक्सेस प्वाइंट (Aging Services Access Point) में मेरा अपील अधिकार
- [] सार्वजनिक आपातकालीन स्वास्थ्य और सुरक्षा सूचना

[] कार्यक्रम और सेवा सूचना

[] प्रारंभिक सेवा प्लान (Initial Service Plan) - मैंने प्रारंभिक सेवा प्लान पर हस्ताक्षर कर दिए हैं और उसकी

एक कॉपी प्राप्त कर ली है, जो मेरी भागीदारी से बनाई गई थी।

[] अन्य जानकारी: _____

III. आय की जानकारी का प्रकटीकरण (उपयुक्त बक्सों पर निशान लगाएं)

[] MassHealth छूट प्राप्तकर्ता के रूप में, मुझे अपनी आय के बारे में जानकारी प्रदान करने की जरूरत होगी; मेरे जीवनसाथी की आय पर अलग से विचार किया जाएगा।

[] एक गैर-छूट MassHealth प्राप्तकर्ता के रूप में, मुझे अपनी आय के साथ-साथ, यदि लागू हो तो अपने जीवनसाथी की आय के बारे में जानकारी प्रदान करने की जरूरत होगी, और यदि कुल आय सामाजिक सुरक्षा बीमा संघीय लाभ दर (Social Security Insurance Federal Benefit Rate, SSI FBR) के 300% से अधिक है, तो वह नीचे बताई गई लागत के हिस्से का भुगतान करने के लिए जिम्मेदार होगा/होगी।

[] एक गैर-छूट MassHealth प्राप्तकर्ता के रूप में, मुझे अपनी आय के साथ-साथ, यदि लागू हो तो अपने जीवनसाथी की आय के बारे में जानकारी प्रदान करने की जरूरत होगी, और वह नीचे बताए अनुसार लागत के हिस्से का भुगतान करने के लिए जिम्मेदार होगा/होगी।

[] मैं सहमत हूं कि मैंने अपनी आय के बारे में पूरी जानकारी दी है। जहां तक मुझे पता है यह जानकारी सत्य और सही है। मैं सहमत हूं कि मेरी कुल आय और यदि जरूरी हो, मेरे जीवनसाथी की कुल आय बराबर \$_____ है। मुझसे प्रत्येक माह किए जाने वाले भुगतान की अपेक्षा की जाएगी, यदि कोई हो, जो \$_____ या _____ % से अधिक नहीं होगा।

मैं समझता/समझती हूं कि मेरी आय के साथ-साथ मेरे जीवनसाथी की आय की जानकारी, यदि लागू हो, मेरी आय में बदलाव होने पर या वार्षिक आधार पर एकत्र की जाएगी।

मैं समझता/समझती हूं कि मेरा भुगतान, यदि कोई हो, लागत-साझाकरण कार्यक्रम से आता है जिसे हर साल समायोजित किया जाता है। मैं समझता/समझती हूं कि Elder Affairs द्वारा दर में बदलाव किया जा सकता है और मुझे ऐसे किसी भी बदलाव के लिए तीस दिन का नोटिस दिया जाएगा।

[] मैं मासिक भुगतान करने या यदि मैं ऐसा नहीं कर सकता/सकती तो [ASAP] बताने के लिए सहमत हूं। मैं समझता/समझती हूं कि यदि मैं अपेक्षित लागत हिस्सा नहीं जुटा पाता/पाती हूं तो मेरी सेवाएं समाप्त हो सकती हैं। मैं समझता/समझती हूं कि यदि मेरे खर्च आवश्यक दिशानिर्देशों को पूरा करते हैं तो मैं लागत हिस्सेदारी में कटौती का पात्र हो सकता/सकती हूं और यह मेरी जिम्मेदारी है कि मैं [ASAP] द्वारा लागत हिस्सेदारी में कमी की समीक्षा का अनुरोध करूँ।

[] मैं किसी अन्य स्रोत से/बाद में अतिरिक्त जानकारी प्रदान करूँगा/करूँगी। मैं समझता/समझती हूं कि सेवाओं की निरंतरता मेरे द्वारा इस आय की जानकारी प्रदान करने पर निर्भर करती है और यदि मैं लागत-हिस्सेदारी से सहमत नहीं हूं जो मेरी कुल आय से जुड़ी है, जिसमें लागू होने पर मेरे जीवनसाथी की आय भी शामिल है, तो वे सेवाएं समाप्त हो सकती हैं।

IV. हस्ताक्षर/तिथि

आवेदक को: इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, आप ASAP को आपके बारे में उचित व्यक्तिगत और स्वास्थ्य जानकारी साझा करने की अनुमति देते हैं।

उपभोक्ता	तिथि
प्रतिनिधि (संबंध पहचानें)	तिथि
मूल्यांकनकर्ता और शीर्षक	तिथि