



ASAP – Nome e contacto

Formulário de Consentimento e divulgação do requerente

De forma a prestar serviços de cuidados domiciliários ao abrigo do Programa de Cuidados Domiciliários de Massachusetts (Massachusetts Home Care Program), o Aging Services Access Point (ASAP) tem de recolher informações pessoais e de saúde para determinar a sua elegibilidade para os serviços e a coordenação dos cuidados. Os membros da família, profissionais de saúde e organizações de serviços comunitários que possam estar envolvidos nos seus cuidados também podem ser contactados para coordenar os seus serviços. Todas as informações recolhidas serão mantidas em sigilo, de acordo com os requisitos das Leis Gerais de Massachusetts. Para que lhe possamos prestar cuidados adequados e apropriados, as seguintes partes podem ter acesso a informações pertinentes sobre si:

- pessoal relevante/contratado da ASAP, Elder Affairs ou fornecedores com o propósito de fornecer e gerir os seus serviços;
- a MassHealth, se estiver a patrocinar alguns dos seus serviços; e
- todos os que possam estar envolvidos no seu processo para que melhor possam compreender as suas necessidades. As informações incluirão provavelmente o seu nome, morada, número de telefone, contacto de emergência, outros membros do agregado familiar, estado de saúde, capacidade de realizar tarefas diárias, grau de ajuda familiar prestada e tipos de assistência necessários.

Este formulário de consentimento não inclui a divulgação de informação acerca do estado do VIH. Deve ser utilizado um formulário adicional para a divulgação de informações sobre o VIH.

Os seus direitos: Tem direito a:

- perguntar onde e como são guardadas as suas informações;
- opor-se ao tipo de informações que são recolhidas e guardadas;
- consultar e copiar (assumindo os custos) o conteúdo do seu processo;
- pedir que certas informações não sejam divulgadas a outras organizações; e
- pedir que alguns dos seus familiares não sejam contactados.

I. Consentimento

Consentimento para receber e manter informação (assinalar as caixas adequadas)

[] Autorizo a [ASAP] a partilhar as informações relevantes contidas nos meus registos com a finalidade de coordenar os meus serviços com qualquer um dos

profissionais de saúde e organizações de serviços comunitários que possam estar envolvidos nos meus cuidados.

- [] Autorizo a ASAP a partilhar as minhas informações pessoais e/ou de saúde com a minha família, prestador(es) de cuidados e/ou outra(s) pessoa(s) designada(s), tal como identificado(s) abaixo.
-
-

- [] Não autorizo a ASAP a partilhar as minhas informações pessoais ou de saúde com as seguintes pessoas ou organizações, abaixo identificadas.
-
-

Consentimento para inscrição e serviços

- [] Estou a solicitar à [ASAP] os serviços que constam do Plano de Serviços Inicial (os "serviços"), preenchido hoje por mim e pelo funcionário da [ASAP] que assinou este formulário.

Os serviços foram-me explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Tomei conhecimento de que estes serviços serão analisados pelo pessoal da [ASAP] e poderão ser alterados, se necessário. Tomei conhecimento de que o meu gestor de cuidados me irá consultar sobre quaisquer alterações propostas.

Partilharei com a [ASAP] quaisquer serviços comunitários ou relacionados com cuidados de saúde que receba.

Tomei conhecimento de que posso contactar a [ASAP] se tiver mais questões. Tomei conhecimento de que um membro do pessoal da [ASAP] voltará a visitar-me nos intervalos necessários para confirmar que continuo a ser elegível e que os serviços estão a satisfazer as minhas necessidades.

II. Receção de informações

Recebi informações sobre os tópicos assinalados abaixo. Irei contactar a [ASAP] se tiver alguma dúvida sobre estas informações.

- [] Os meus direitos e responsabilidades enquanto consumidor da (ASAP)
- [] Aviso de práticas de privacidade (aviso HIPAA)
- [] Os meus direitos de recurso para a Aging Services Access Point
- [] Informações sobre saúde e segurança em caso de emergência pública
- [] Informação do programa e serviço
- [] Plano de Serviço Inicial - Assinei e recebi uma cópia do Plano de Serviço Inicial, que foi criado juntamente comigo.
- [] Outras informações: _____

III. Divulgação de informações sobre os rendimentos (assinalar as caixas adequadas)

[] Como beneficiário(a) de uma isenção da MassHealth, ser-me-á pedido que forneça informações sobre os meus rendimentos; os rendimentos do meu cônjuge serão considerados separadamente.

[] Como beneficiário(a) da MassHealth sem isenção, terei de fornecer informações sobre o meu rendimento, bem como sobre o rendimento do meu cônjuge, se aplicável, e serei responsável pelo pagamento de uma parte dos custos, conforme identificado abaixo, se o rendimento total for superior a 300% da Taxa de Prestações Federais da Segurança Social (SSI FBR).

[] Como não beneficiário(a) da MassHealth, ser-me-á pedido que forneça informações sobre os meus rendimentos, bem como sobre os rendimentos do meu cônjuge, se aplicável, e serei responsável pelo pagamento de uma parte dos custos, conforme identificado abaixo.

[] Declaro que forneço informações completas sobre os meus rendimentos. Tanto quanto é do meu conhecimento, estas informações são verdadeiras e corretas. Concordo que o meu rendimento total e, se necessário, o rendimento total do meu cônjuge é igual a \$_____. O pagamento que deverei efetuar mensalmente, se aplicável, não excederá \$_____ ou ____%. Tomei conhecimento de que as minhas informações sobre os rendimentos, bem como os rendimentos do meu cônjuge, se aplicável, serão recolhidas quando houver alterações nos meus rendimentos ou numa base anual.

Tomei conhecimento de que o meu pagamento, se aplicável, provém de tabelas de comparticipação nos custos que são ajustadas anualmente. **Tomei conhecimento de que a taxa pode ser alterada pela Elder Affairs e que serei notificado com trinta dias de antecedência de qualquer alteração.**

[] Comprometo-me a efetuar o pagamento mensalmente ou a informar a [ASAP] se não o puder fazer. Tomei conhecimento de que, se não pagar a quota-parte de custos exigida, os meus serviços podem ser cancelados. Tomei conhecimento de que posso ser elegível para uma redução da comparticipação nos custos se as minhas despesas cumprirem as diretrizes necessárias e que é da minha responsabilidade solicitar uma revisão da redução da comparticipação nos custos por parte da [ASAP].

[] Fornecerei informações adicionais de outra fonte/em data posterior. Tomei conhecimento de que a continuação dos serviços depende do fornecimento destas informações sobre os rendimentos e que, se não concordar com a participação nos custos associada aos meus rendimentos totais, incluindo os rendimentos do meu cônjuge, se aplicável, esses serviços podem ser cancelados.

IV. Assinaturas/datas

Para o requerente: Ao assinar este formulário, está a autorizar a ASAP a partilhar informações pessoais e de saúde adequadas sobre si.

Consumidor Data

Representante (indicar grau de relação) Data

Assessor e título Data