

**Имя и контактная информация представителя ASAP****Форма согласия и раскрытия сведений заявителя**

Для предоставления услуг по уходу на дому (Home Care Services) в рамках программы ухода на дому штата Массачусетс (Massachusetts Home Care Program) пункт доступа к услугам для пожилых людей (Aging Services Access Point, ASAP) должен собрать личную и медицинскую информацию, чтобы установить есть ли у Вас право на получение услуг и осуществления координации Вашего ухода. Члены семьи, медицинские работники и общественные организации, которые могут быть включены в процесс по оказанию Вам ухода, также могут быть привлечены для осуществления координации Ваших услуг. Вся собранная информация будет храниться в тайне в соответствии с требованиями Общих законов штата Массачусетс (Massachusetts General Laws). Для оказания Вам надлежащего и соответствующего ухода нижеперечисленные стороны могут иметь доступ к соответствующей информации о Вас:

- соответствующий персонал/подрядчик из ASAP, организация по делам пожилых людей (Elder Affairs) или поставщики услуг для целей предоставления и управления Вашими услугами;
- организация MassHealth, если она покрывает часть Ваших услуг;
- и те, кто может быть привлечен к уходу за Вами, для того чтобы они могли понимать Ваши потребности. Информация, вероятно, будет включать Ваше имя, адрес, номер телефона, данные контактного лица для связи в экстремальных ситуациях, сведения о других членах семьи, состоянии здоровья, способности выполнять повседневные задачи, объемах помощи, которую предоставляет семья, и видах необходимого содействия.

**Данная форма согласия не распространяется на разглашение информации о ВИЧ-статусе. Для предоставления информации о ВИЧ-статусе необходимо использовать отдельную форму.**

**Ваши права.** Вы имеете право:

- спрашивать о том, где и как хранится информация;
- возражать против сбора и хранения определенных видов информации;
- просматривать и копировать (за свой счет) содержимое Ваших медицинских записей;
- просить, чтобы определенная информация не разглашалась другим организациям;
- просить, чтобы с некоторыми членами семьи не связывались.

## I. Соглашение

### **Соглашение на получение и хранение информации** (отметьте соответствующие поля)

- [ ] Я даю свое разрешение на то, чтобы организация [ASAP] делилась соответствующей информацией, содержащейся в моих записях, с целью координации моих услуг с любым из моих медицинских работников или с организациями услуг в сообществе, которые могут участвовать в моем уходе.
- [ ] Я даю свое разрешение организации ASAP на передачу моей личной и (или) медицинской информации моей семье, лицам, осуществляющим уход, и (или) другим назначенным лицам, указанным ниже.
- 
- 
- [ ] Я не даю разрешение организации ASAP передавать мою личную или медицинскую информацию указанным ниже людям или организациям.
- 
- 

### **Соглашение на регистрацию и получение услуг**

[ ] Я обращаюсь в организацию [ASAP] за получением услуг, перечисленных в первичном плане услуг («Услуги»), заполненном сегодня мной и сотрудником организации [ASAP], подписавшим эту форму.

Мне объяснили принципы предоставления услуг и ответили на мои вопросы. Я понимаю, что эти предоставляемые услуги будут рассмотрены сотрудниками организации [ASAP] и при необходимости могут быть изменены. Я понимаю, что мой менеджер по медицинскому обслуживанию будет консультироваться со мной по поводу любых предлагаемых изменений.

Я обязуюсь сообщать организации [ASAP] обо всех получаемых мною услугах в сообществе или медицинских услугах.

Я понимаю, что в случае возникновения дополнительных вопросов я могу позвонить в организацию [ASAP]. Я понимаю, что сотрудник организации [ASAP] будет периодически посещать меня, чтобы подтвердить, что у меня по-прежнему есть право на участие в программе и что предоставляемые услуги соответствуют моим потребностям.

## II. Получение информации

Я получил (-а) информацию по указанным ниже темам. Я позову в организацию [ASAP], если у меня возникнут вопросы касательно этой информации.

- ] Мои права и обязанности как клиента (ASAP)
- ] Уведомление о правилах конфиденциальности (уведомление HIPAA)
- ] Мои права на обращение в пункт доступа к услугам для пожилых людей (Aging Services Access Point)
- ] Информация о здоровье и безопасности населения в чрезвычайных ситуациях
- ] Информация о программе и предоставляемых услугах
- ] Первичный план услуг. Я подписал (-а) и получил (-а) копию первичного плана услуг, который создавался с моим участием.
- ] Другая информация: \_\_\_\_\_

### **III. Раскрытие информации о доходах** (отметьте соответствующие поля)

- ] Как получатель услуг MassHealth с отказом от права возражения, я должен (-на) буду предоставить информацию о своем доходе; доход моего супруга (-и) будет учитываться отдельно.
- ] Как получатель программы MassHealth без отказа от права возражения, я должен (-на) предоставить информацию о своих доходах, а также о доходах моего супруга (-и), если это применимо, и буду нести ответственность за покрытие доли расходов, как указано ниже, если общий доход превышает 300 % федеральной ставки социального страхования (Social Security Insurance Federal Benefit Rate, SSI FBR).
- ] Как лицо, не являющееся получателем услуг MassHealth, я должен (-на) буду предоставить информацию о своем доходе, а также о доходе моего супруга (-и), если это применимо, и буду нести ответственность за покрытие доли расходов, как указано ниже.
- ] Я согласен (-на) предоставить полную информацию о своих доходах. Эта информация, по моему мнению, является достоверной и правильной. Я подтверждаю, что мой общий доход и, если необходимо, общий доход моего (-ей) супруга (-и) равен (-ны) \_\_\_\_\_ долл. Платеж, который мне необходимо будет вносить каждый месяц, если таковой будет, не будет превышать \_\_\_\_\_ долл. или \_\_\_\_\_ %.  
Я понимаю, что информация о моих доходах, а также о доходах моего (-ей) супруга (-и), если это применимо, будет собираться в случае изменения моих доходов или ежегодно.
- Я понимаю, что моя выплата, если такая имеется, производится в соответствии с графиками распределения затрат, которые корректируются каждый год. **Я понимаю, что размер тарифа может быть изменен организацией по делам пожилых людей и что меня уведомят о любом таком изменении за тридцать дней.**

[ ] Я подтверждаю свое согласие вносить платежи ежемесячно или информировать организацию [ASAP], если я не могу этого сделать. Я понимаю, что если я не покрою необходимую долю расходов, то предоставление мне услуг может быть прекращено. Я понимаю, что могу иметь право на снижение доли расходов, если мои расходы соответствуют установленным требованиям, и что в мои обязанности входит подать запроса на рассмотрение вопроса о снижении доли расходов организацией [ASAP].

[ ] Я предоставляю дополнительную информацию из другого источника / позже. Я понимаю, что продолжение предоставления услуг зависит от предоставления мною информации о доходах, и если я не согласен (-на) оплачивать долю расходов, ассоциированную с моим общим доходом, включая доход моего (-ей) супруга (-и), если применимо, предоставление этих услуг может быть прекращено.

#### **IV. Подписи/даты**

**Заявителю.** Подписывая эту форму, Вы разрешаете организации ASAP передавать соответствующую персональную и медицинскую информацию о Вас.

---

Клиент	Дата
Представитель (укажите, кем приходится)	Дата
Оценщик и должность	Дата

---