



Όνομα και στοιχεία επικοινωνίας ASAP

Έντυπο συγκατάθεσης και γνωστοποίησης αιτούντος

Προκειμένου να παρέχει Υπηρεσίες Κατ' Οίκον Φροντίδας στο πλαίσιο του Προγράμματος κατ' Οίκον Φροντίδας της Μασαχουσέτης (Massachusetts Home Care Program), το Σημείο Πρόσβασης Υπηρεσιών για Ηλικιωμένους (Aging Services Access Point, ASAP) πρέπει να συλλέξει προσωπικές σας πληροφορίες και πληροφορίες για την υγεία σας για να καθορίσει την επιλεξιμότητά σας για υπηρεσίες, καθώς και για συντονισμό της φροντίδας. Ενδέχεται επίσης να επικοινωνήσουμε με συγγενείς σας, επαγγελματίες υγείας και οργανισμούς κοινοτικών υπηρεσιών που μπορεί να ασχολούνται με τη φροντίδα σας, προκειμένου να συντονίσουμε τις υπηρεσίες σας. Όλες οι πληροφορίες που συλλέγονται θα παραμείνουν εμπιστευτικές σύμφωνα με τις απαιτήσεις των Γενικών Νόμων της Μασαχουσέτης. Προκειμένου να σας παρέχουμε επαρκή και κατάλληλη φροντίδα, οι εξής ενδέχεται να έχουν πρόσβαση σε σχετικές πληροφορίες σας:

- αρμόδιο προσωπικό/υπεργολάβοι του ASAP, του γραφείου Υποθέσεων Ηλικιωμένων (Elder Affairs) ή παρόχων, με σκοπό την παροχή και τη διαχείριση των υπηρεσιών σας,
- η MassHealth, εφόσον πληρώνει για ορισμένες από τις υπηρεσίες σας και
- όσοι ασχολούνται με τη φροντίδα σας, ώστε να κατανοούν τις ανάγκες σας. Οι πληροφορίες σας ενδέχεται να περιλαμβάνουν το όνομα, τη διεύθυνση, τον αριθμό τηλεφώνου, την επαφή έκτακτης ανάγκης, άλλα μέλη του νοικοκυριού, τις συνθήκες υγείας, την ικανότητα ολοκλήρωσης καθημερινών εργασιών, την έκταση της παρεχόμενης οικογενειακής βοήθειας και τους τύπους βοήθειας που απαιτούνται.

Το παρόν έντυπο συγκατάθεσης δεν καλύπτει τη γνωστοποίηση πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση ως προς τον ιό HIV. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ξεχωριστό έντυπο για τη γνωστοποίηση πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση ως προς τον ιό HIV.

Τα δικαιώματά σας: Έχετε το δικαίωμα:

- να ζητήσετε να μάθετε πού και πώς διατηρούνται οι πληροφορίες,
- να εναντιωθείτε στις πληροφορίες που συλλέγονται και διατηρούνται,
- να δείτε και να αντιγράψετε (με δικά σας έξοδα) τα περιεχόμενα του φακέλου της υπόθεσής σας,
- να ζητήσετε ορισμένες πληροφορίες να μην γνωστοποιούνται σε άλλους οργανισμούς και
- να ζητήσετε να μην επικοινωνήσουμε με ορισμένα μέλη της οικογένειάς σας.

I. Συγκατάθεση

Συγκατάθεση για λήψη και τήρηση πληροφοριών (επιλέξτε τα κατάλληλα πλαίσια)

[] Δίνω την άδειά μου στο [ASAP] να γνωστοποιεί σχετικές πληροφορίες που περιέχονται στο αρχείο μου με σκοπό τον συντονισμό των υπηρεσιών μου σε οποιονδήποτε από τους επαγγελματίες υγείας ή τους οργανισμούς κοινοτικών υπηρεσιών που μπορεί να ασχολούνται με τη φροντίδα μου.

(Greek)

- [] Δίνω την άδειά μου στο ASAP να γνωστοποιεί τις προσωπικές μου πληροφορίες ή/και τις πληροφορίες για την υγεία μου στην οικογένειά μου, τον φροντιστή/τους φροντιστές μου ή/και άλλα καθορισμένα άτομα, όπως προσδιορίζονται παρακάτω.
-
-

- [] Δεν δίνω την άδειά μου στο ASAP να γνωστοποιεί τις προσωπικές μου πληροφορίες ή τις πληροφορίες για την υγεία μου στα εξής άτομα ή τους εξής οργανισμούς, όπως προσδιορίζονται παρακάτω.
-
-

Συγκατάθεση για εγγραφή και υπηρεσίες

[] Υποβάλλω αίτηση στο [ASAP] για τις υπηρεσίες που αναφέρονται στο Αρχικό Πρόγραμμα Υπηρεσιών (Initial Service Plan, οι «Υπηρεσίες»), το οποίο συμπληρώθηκε σήμερα από εμένα και το μέλος του προσωπικού του [ASAP] που έχει υπογράψει αυτό το έντυπο.

Οι Υπηρεσίες μού έχουν εξηγηθεί και οι απορίες μου έχουν απαντηθεί. Κατανοώ ότι αυτές οι Υπηρεσίες θα εξεταστούν από το προσωπικό του [ASAP] και ενδέχεται να τροποποιηθούν, αν χρειαστεί. Κατανοώ ότι ο Υπεύθυνος Φροντίδας μου θα με συμβουλεύεται για τυχόν προτεινόμενες αλλαγές.

Θα γνωστοποιώ στο [ASAP] οποιεσδήποτε υπηρεσίες λαμβάνω και σχετίζονται με την κοινότητα ή την υγειονομική περίθαλψη.

Κατανοώ ότι μπορώ να καλέσω το [ASAP] αν έχω περισσότερες απορίες. Κατανοώ ότι ένα μέλος του προσωπικού του [ASAP] θα με επισκέπτεται ξανά κατά τα απαιτούμενα χρονικά διαστήματα για να επιβεβαιώνει ότι εξακολουθώ να είμαι επιλέξιμος/η και ότι οι Υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες μου.

II. Λήψη πληροφοριών

Έλαβα πληροφορίες σχετικά με τα θέματα που έχουν επιλεγεί παρακάτω. Θα καλέσω το [ASAP] αν έχω απορίες σχετικά με αυτές τις πληροφορίες.

- [] Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις μου ως πελάτη του (ASAP)
- [] Ειδοποίηση για τις πρακτικές απορρήτου (ειδοποίηση HIPAA)
- [] Τα δικαιώματα προσφυγής μου στο Σημείο Πρόσβασης Υπηρεσιών για Ηλικιωμένους (Aging Services Access Point)
- [] Δημόσιες πληροφορίες έκτακτης ανάγκης για την υγεία και την ασφάλεια
- [] Πληροφορίες για το πρόγραμμα και τις Υπηρεσίες
- [] Αρχικό Πρόγραμμα Υπηρεσιών (Initial Service Plan) – Έχω υπογράψει το Αρχικό Πρόγραμμα Υπηρεσιών (Initial Service Plan), το οποίο δημιουργήθηκε με τη συμμετοχή μου, και έχω λάβει αντίγραφό του.
- [] Άλλες πληροφορίες: _____

III. Γνωστοποίηση πληροφοριών εισόδηματος (επιλέξτε τα κατάλληλα πλαίσια)

[] Ως δικαιούχος της MassHealth με απαλλαγή, θα πρέπει να παράσχω πληροφορίες σχετικά με το εισόδημά μου. Το εισόδημα του/της συζύγου μου θα εξεταστεί ξεχωριστά.

[] Ως δικαιούχος της MassHealth χωρίς απαλλαγή, θα πρέπει να παράσχω πληροφορίες σχετικά με το εισόδημά μου, καθώς και το εισόδημα του/της συζύγου μου, κατά περίπτωση, και θα έχω την ευθύνη για την καταβολή μεριδίου του κόστους όπως προσδιορίζεται παρακάτω, αν το συνολικό εισόδημά μου υπερβαίνει το 300% του Ομοσπονδιακού Επιδόματος Κοινωνικής Ασφαλισης (Social Security Federal Benefit Rate, SSI FBR).

[] Ως δικαιούχος εκτός της MassHealth, θα πρέπει να παράσχω πληροφορίες σχετικά με το εισόδημά μου, καθώς και το εισόδημα του/της συζύγου μου, κατά περίπτωση, και θα έχω την ευθύνη για την καταβολή μεριδίου του κόστους όπως προσδιορίζεται παρακάτω.

[] Συμφωνώ ότι έχω δώσει πλήρεις πληροφορίες σχετικά με το εισόδημά μου. Οι πληροφορίες αυτές είναι αληθείς και ορθές εξ όσων γνωρίζω. Συμφωνώ ότι το συνολικό εισόδημά μου και, εφόσον απαιτείται, το συνολικό εισόδημα του/της συζύγου μου ισούνται με \$______. Η πληρωμή που θα πρέπει να πραγματοποιώ κάθε μήνα, κατά περίπτωση, δεν θα υπερβαίνει τα \$_____ ή _____ %.

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες για το εισόδημά μου καθώς και το εισόδημα του/της συζύγου μου, κατά περίπτωση, θα συλλέγονται όταν υπάρχουν αλλαγές στο εισόδημά μου ή σε ετήσια βάση.

Κατανοώ ότι η πληρωμή μου, κατά περίπτωση, προέρχεται από πίνακες επιμερισμού του κόστους που προσαρμόζονται κάθε έτος. **Κατανοώ ότι η τιμή μπορεί να αλλάξει από το γραφείο Υποθέσεων Ηλικιωμένων (Elder Affairs) και ότι θα ειδοποιηθώ τριάντα ημέρες νωρίτερα για οποιαδήποτε τέτοια αλλαγή.**

[] Συμφωνώ να πραγματοποιώ την πληρωμή κάθε μήνα ή να ενημερώνω το [ASAP] αν δεν μπορώ να το κάνω. Κατανοώ ότι αν δεν καλύπτω το απαιτούμενο μερίδιο του κόστους, οι υπηρεσίες μου ενδέχεται να λήξουν. Κατανοώ ότι ενδέχεται να δικαιούμαι μείωση μεριδίου του κόστους, αν τα έξοδά μου πληρούν τις απαραίτητες κατευθυντήριες γραμμές, καθώς και ότι είναι δική μου ευθύνη να ζητήσω από το [ASAP] έλεγχο για μείωση μεριδίου του κόστους.

[] Θα παράσχω πρόσθετες πληροφορίες από άλλη πηγή/σε μεταγενέστερη ημερομηνία. Κατανοώ ότι η συνέχιση των υπηρεσιών εξαρτάται από την παροχή αυτών των στοιχείων εισοδήματος και ότι αν δεν συμφωνήσω με το μερίδιο του κόστους που σχετίζεται με το συνολικό μου εισόδημα, συμπεριλαμβανομένου του εισοδήματος του/της συζύγου μου, κατά περίπτωση, οι εν λόγω υπηρεσίες ενδέχεται να τερματιστούν.

IV. Υπογραφές/Ημερομηνίες

Προς τον/την αιτούντα/αιτούσα: Με την υπογραφή αυτού του εντύπου, επιτρέπετε στο ASAP να γνωστοποιεί κατάλληλες προσωπικές πληροφορίες σας και πληροφορίες για την υγεία σας.

Πελάτης	Ημερομηνία
Αντιπρόσωπος (προσδιορίστε τη σχέση)	Ημερομηνία
Εκτιμητής και τίτλος	Ημερομηνία