



Imię i nazwisko oraz dane kontaktowe pracownika ASAP

Formularz zgody i ujawnienia wnioskodawcy

Aby świadczyć usługi opieki domowej w ramach programu opieki domowej w Massachusetts (Massachusetts Home Care Program), punkt dostępu do usług dla osób starszych (Aging Services Access Point, ASAP) musi zebrać dane osobowe i zdrowotne, aby ustalić, czy kwalifikujesz się do usług i koordynować opiekę. Możemy także skontaktować się z członkami Twojej rodziny, pracownikami ochrony zdrowia i organizacjami świadczącymi usługi społeczne, które mogą być zaangażowane w opiekę. Wszystkie zebrane informacje będą zachowane w poufności zgodnie z wymaganiami ogólnych przepisów stanu Massachusetts. Aby zapewnić odpowiednią opiekę, następujące strony mogą mieć dostęp do Twoich informacji o pacjencie:

- odpowiedni personel / wykonawcy z ASAP, Wydział Spraw Osób Starszych (Elder Affairs) lub dostawcy do celów świadczenia i zarządzania usługami;
- MassHealth w przypadku dofinansowania części świadczonych usług oraz
- osoby/podmioty zaangażowane w opiekę w celu zapewnienia znajomości istniejących potrzeb. Informacje te będą obejmować imię i nazwisko, adres, numer telefonu, osobę do kontaktu w nagłych sytuacjach, innych członków gospodarstwa domowego, stan zdrowia, zdolność do radzenia sobie z codziennymi obowiązkami, zakres pomocy ze strony rodziny oraz rodzaje wymaganej pomocy.

Niniejszy formularz zgody nie dotyczy ujawnienia informacji na temat ewentualnego zakażenia wirusem HIV. W tym celu służy oddzielny formularz.

Twoje prawa: Masz prawo:

- wiedzieć, gdzie i w jaki sposób Twoje dane są przechowywane;
- sprzeciwić się temu, jakie dane są gromadzone i jak są przechowywane;
- uzyskać dostęp do swojej dokumentacji i ją skopiować (na własny koszt);
- zażądać nieujawniania określonych informacji innym organizacjom oraz
- zażądać, aby nie kontaktować się z określonymi członkami rodziny.

I. Zgoda

Zgoda na otrzymywanie i przechowywanie informacji (zaznaczyć właściwe pola)

[] Zezwalam [ASAP] na przekazywanie odpowiednich informacji zawartych w mojej dokumentacji w celu koordynowania usług świadczonych na moją rzecz pracownikom ochrony zdrowia lub organizacjom świadczącym usługi społeczne zaangażowanym w świadczenie tych usług.

- [] Zezwalam ASAP na przekazywanie moich danych osobowych i/lub informacji o moim stanie zdrowia członkom mojej rodziny, opiekunowi/opiekunom i/lub innym wyznaczonym osobom określonym poniżej.
-
-

- [] Nie wyrażam zgody na przekazywanie przez ASAP moich danych osobowych i/lub informacji o moim stanie zdrowia następującym osobom lub organizacjom określonym poniżej.
-
-

Zgoda na rejestrację i usługi

[] Wniosuję do [ASAP] o świadczenie usług wymienionych we wstępny planie usług („Usługi”) wypełnionym dziś przeze mnie z udziałem pracownika [ASAP], który podpisał niniejszy formularz.

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o Usługach oraz uzyskałem(-am) odpowiedzi na moje pytania. Mam świadomość, że Usługi będą podlegać ocenie personelu [ASAP] i w razie potrzeby mogą ulec zmianie. Mam świadomość, że osoba zarządzająca opieką skonsultuje ze mną wszelkie proponowane zmiany.

Poinformuję [ASAP] o wszelkich usługach społecznych i zdrowotnych, z których korzystam.

Mam świadomość, że mogę skontaktować się z [ASAP] w przypadku pytań. Mam świadomość, że członek personelu [ASAP] będzie odwiedzać mnie w określonych odstępach czasu w celu potwierdzenia, że nadal kwalifikuję się do korzystania z Usług oraz że spełniają one moje potrzeby.

II. Otrzymanie informacji

Otrzymałem(-am) informacje dotyczące poniższych kwestii. Skontaktuję się z [ASAP] w przypadku pytań.

- [] Moje prawa i obowiązki jako świadczeniobiorcy (ASAP)
- [] Informacja o praktykach dotyczących prywatności (HIPAA)
- [] Moje prawa odwoławcze do punktu dostępu do usług dla osób starszych (ASAP)
- [] Informacje dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa w sytuacjach nadzwyczajnych
- [] Informacje o programie i usługach
- [] Wstępny plan usług – otrzymałem(-am) i podpisałem(-am) egzemplarz planu, który opracowano z moim udziałem.
- [] Pozostałe informacje: _____

III. Ujawnienie informacji o dochodzie (zaznacz właściwe pola)

[] Jako objęty zrzeczeniem odbiorca usług w ramach programu MassHealth mam obowiązek dostarczyć informacje o moim dochodzie; dochód współmałżonka będzie rozpatrywany osobno.

[] Jako nieobjęty zrzeczeniem odbiorca usług w ramach programu MassHealth mam obowiązek dostarczyć informacje o moim dochodzie oraz w stosownych przypadkach o dochodzie współmałżonka. Ponadto będę zobowiązany(-a) do uiszczenia części kosztów w wysokości określonej poniżej, jeśli dochód ten przekroczy 300% stawki świadczenia federalnego z tytułu ubezpieczenia społecznego (Social Security Insurance Federal Benefit Rate, SSI FBR).

[] Jako osoba niebędąca odbiorcą usług w ramach programu MassHealth mam obowiązek dostarczyć informacje o moim dochodzie oraz w stosownych przypadkach o dochodzie współmałżonka. Ponadto będę zobowiązany(-a) do uiszczenia części kosztów w wysokości określonej poniżej.

[] Potwierdzam przekazanie pełnych informacji o moich dochodach. Zgodnie z moją wiedzą informacje te są zgodne z prawdą i poprawne. Potwierdzam, że łączny dochód mój i w stosownych przypadkach współmałżonka wynosi _____ USD. Ewentualne płatności dokonywane przeze mnie co miesiąc nie przekroczą kwoty _____ USD lub _____ %.

Mam świadomość, że informacje o dochodzie moim i w stosownych przypadkach współmałżonka będą odświeżane w przypadku zmian w dochodzie lub w odstępach rocznych.

Potwierdzam, że ewentualne płatności są objęte programem udziału w kosztach, który podlegają coroczej korekcji. **Potwierdzam, że Wydział Spraw Osób Starszych może skorygować stawki oraz że w takim przypadku otrzymam odpowiednie zawiadomienie o takiej zmianie z 30-dniowym wyprzedzeniem.**

[] Zgadzam się dokonywać miesięcznych płatności lub poinformować [ASAP] o braku takiej możliwości. Potwierdzam, że w przypadku gdy nie dokonam wpłaty swojego udziału w kosztach, usługi mogą przestać być realizowane. Potwierdzam, że mogę kwalifikować się do obniżenia udziału w kosztach w przypadku spełnienia wymaganych warunków w zakresie wydatków oraz że jestem zobowiązany(-a) przesyłać wniosek do [ASAP] o dokonanie oceny w zakresie obniżenia mojego udziału w kosztach.

[] Dostarczę dodatkowe informacje z innego źródła / w późniejszym terminie. Potwierdzam, że kontynuacja usług jest uzależniona od dostarczenia informacji o dochodach, a jeśli nie zaakceptuję udziału w kosztach stosownie do mojego całkowitego dochodu, włączając w stosownych przypadkach dochód współmałżonka, świadczenie usług zostanie przerwane.

IV. Podpisy/daty

Do wnioskodawcy: Podpisując niniejszy formularz, wyrażasz zgodę na przekazywanie przez ASAP Twoich odpowiednich danych osobowych i informacji zdrowotnych.

Odbiorca usług	Data
Przedstawiciel (określić relację)	Data
Osoba oceniająca / Stanowisko	Data