



الاسم ومعلومات التواصل الخاص بمندوب الطلب لـ ASAP

نموذج موافقة وإفصاح مقدم الطلب

من أجل توفير خدمات الرعاية المنزلية في إطار برنامج الرعاية المنزلية في ماساتشوستس (Massachusetts Home Care Program)، يجب أن تقوم نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP) بجمع المعلومات الشخصية والصحية، لإثبات أهليةك للخدمات وتنسيق الرعاية. يمكن أيضًا الاتصال بأفراد الأسرة، وممارسي الرعاية الصحية، ومنظمات الخدمات المجتمعية التي قد تشارك في رعايتك؛ من أجل تنسيق خدماتك. سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم جمعها بسرية، بموجب متطلبات قوانين ماساتشوستس العامة. من أجل توفير الرعاية الكافية والمناسبة لك، قد تتمكن الأطراف التالية من الوصول إلى المعلومات ذات الصلة عنك:

- الموظف/المتعهد المناسب من نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)، أو شؤون المسنين، أو مقدمي الخدمات، لعرض توفير وإدارة خدماتك؛
 - MassHealth إذا كانت تدفع مقابل بعض خدماتك؛ و
 - والذين قد يشاركون في رعايتك، حتى يتمكنوا من فهم احتياجاتك. من المحتمل أن تتضمن المعلومات اسمك وعنوانك ورقم هاتفك، وجة الاتصال في حالات الطوارئ، وأفراد الأسرة الآخرين، وظروفك الصحية وقدرتك على إكمال المهام اليومية، ومدى المساعدة العائلية المقدمة، وأنواع المساعدة المطلوبة.
- لا يغطي نموذج الموافقة هذا إصدار معلومات عن حالة فيروس نقص المناعة البشرية. يجب استخدام نموذج منفصل لإصدار معلومات عن حالة فيروس نقص المناعة البشرية.

الحقوق الخاصة بك: لديك الحق في:

- السؤال عن مكان وكيفية الاحتفاظ بالمعلومات؛
- الاعتراض على المعلومات التي يتم جمعها والاحتفاظ بها؛
- الاطلاع على محتويات ملف حالتك، ونسخها (على نفقتك الخاصة)؛
- طلب عدم الكشف عن معلومات معينة لمنظمات أخرى؛ و
- طلب عدم الاتصال ببعض أفراد الأسرة.

I. الموافقة

الموافقة على تناقل المعلومات والاحتفاظ بها (حدد المربعات المناسبة)

[] أمنح الإذن لـ [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)] لمشاركة المعلومات ذات الصلة الواردة في سجلي؛ لغرض تنسيق خدمتي مع أي من ممارسي الرعاية الصحية أو منظمات المجتمع التي قد تشارك في رعايتي.

[] أمنح الإذن لنقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP) لمشاركة معلوماتي الشخصية وأو الصحية، مع عائلتي ومقدمي الرعاية وأو الأفراد المعينين الآخرين على النحو المحدد أدناه.

[لا أمنح إذني لنقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP) لمشاركة معلوماتي الشخصية أو الصحية، مع الأشخاص أو المنظمات التالية على النحو المحدد أدناه.

الموافقة على التسجيل والخدمات

[أتفهم بطلب إلى [نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP)] للحصول على الخدمات المدرجة في خطة الخدمة الأولية («الخدمات»)، التي أكملتهااليوم أنا وموظفي [نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP)] الذي وقع على هذا النموذج.

تم شرح الخدمات لي، وتمت الإجابة عن أسئلتي. أفهم أن هذه الخدمات ستنتمي مراجعتها من قبل موظفي [نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP)]، ويمكن تعديلها إذا لزم الأمر. أفهم أن مدير الرعاية الخاص بي سيتشارو معى بشأن أي تغييرات مقتربة.

سوف أشارك مع [نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP)] أي خدمات متعلقة بالمجتمع، أو بالرعاية الصحية التي أتقاها.

أفهم أنني قد أتصل بـ[نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP)] إذا كان لدى المزيد من الأسئلة. أفهم أن أحد موظفي [نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP)] سيزورني مرة أخرى على فترات زمنية مطلوبة؛ للتتأكد على أنني ما زلت مؤهلاً وأن الخدمات تلبي احتياجاتي.

II. تلقي المعلومات

لقد ثأقفت معلومات بخصوص الموضوعات التي تم فحصها أدناه. سأتصفح بـ[نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP)] إذا كانت لدى أي أسئلة حول هذه المعلومات.

- [حقوقى ومسؤولياتي كمستهلك في (نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP))]
 - [إشعار ممارسات الخصوصية (إشعار قانون التأمين الصحي والمسائلة)]
 - [حقوق الاستئناف الخاصة بي إلى نقطة الوصول لخدمات الشيروخة (ASAP)]
 - [معلومات الصحة والسلامة العامة في حالات الطوارئ]
 - [معلومات البرنامج والخدمة]
 - [خطة الخدمة الأولية - لقد وقعت واستلمت نسخة من خطة الخدمة الأولية التي تم إنشاؤها بمشاركة.]
 - [معلومات أخرى: _____]
-

III. الكشف عن معلومات الدخل (حدد المربيات المناسبة)

[بصفتي مثلياً للإعفاء من MassHealth، سيطلب مني تقديم معلومات حول دخلي؛ سيتم النظر في دخل زوجتي بشكل منفصل.

[بصفتي مثلياً لـ MassHealth بدون إعفاء، سيطلب مني تقديم معلومات حول دخلي، بالإضافة إلى دخل زوجتي إن أمكن، وسأكون مسؤولاً عن دفع حصة التكلفة على النحو المحدد أدناه، إذا كان إجمالي الدخل يزيد عن 300٪ من معدل المزايا الفيدرالية لتأمين الضمان الاجتماعي (SSI FBR).

[بصفتي متفقاً غير تابع لـ MassHealth، سيطلب مني تقديم معلومات حول دخلي، بالإضافة إلى دخل زوجتي إن أمكن، وأسأكون مسؤولاً عن دفع حصة التكفة على النحو المحدد أدناه.

[أتفق على أنني قدمت معلومات كاملة عن دخلي. هذه المعلومات حقيقة وصحيحة بقدر ما أعرف. أتفق على أن إجمالي دخلي، وإذا لزم الأمر، إجمالي دخل زوجتي يساوي \$_____. لن تتجاوز الدفعة التي يتوقع مني سدادها كل شهر، إن وجدت، \$_____. أو _____.% . أفهم أن معلومات الدخل الخاصة بي وكذلك دخل زوجتي، إن أمكن، سيتم جمعها عندما تكون هناك تغييرات في دخلي، أو تغييرات على أساس سنوي.

أفهم أن دفعتي، إن وجدت، تأتي من جداول تقاسم التكاليف التي يتم تعديلها كل عام. أفهم أنه قد يتم تغيير السعر من قبل قسم شؤون المسنين، وأنه سيتم إشعاري إشعاعاً مدة ثلاثة ثلثة شهور يوماً بأي تغيير من هذا القبيل.

[أتفق على تسديد الدفعة شهرياً، أو إخبار [نقطة الوصول لخدمات المسنين (ASAP)] إذا لم أتمكن من القيام بذلك. أفهم أنه إذا لم أقم بمشاركة التكفة المطلوبة، فقد تنتهي خدماتي. أتفهم أنني قد أكون مؤهلاً لخفض حصة التكفة، إذا كانت نفقاتي تفي بالإرشادات الازمة، وأنه من مسؤولي طلب مراجعة تخفيض حصة التكفة من قبل [نقطة الوصول لخدمات المسنين (ASAP)].

[سأقدم معلومات إضافية من مصدر آخر/في وقت لاحق. أدرك أن استمرار الخدمات يعتمد على تقديم معلومات الدخل هذه، وإذا لم أتفق على مشاركة التكفة المرتبطة بدخل الإجمالي، بما في ذلك دخل زوجتي إن أمكن، فقد تنتهي هذه الخدمات.

IV. التوقيع/التاريخ

إلى مقدم الطلب: من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنك تسمح لنقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP) بمشاركة المعلومات الشخصية والصحية المناسبة عنك.

الممثل	_____	تاريخ
الممثل (تحديد العلاقة)	_____	تاريخ
المقيم والمسمى الوظيفي	_____	تاريخ