

Applicant/Consumer _____ SAMS ID# _____
(Vietnamese)



Tên và thông tin liên hệ của ASAP

Mẫu Đơn Chấp Thuận và Tiết Lộ Thông Tin của Người Nộp Đơn

Để cung cấp Dịch vụ Chăm sóc tại Nhà (Home Care Services) theo Chương trình Chăm sóc tại Nhà của Massachusetts (Massachusetts Home Care Program), Điểm Tiếp cận Dịch vụ dành cho Người cao tuổi (Aging Services Access Point, ASAP) phải thu thập thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe để xác định khả năng hội đủ điều kiện của Quý vị đối với các dịch vụ và điều phối hoạt động chăm sóc. Những thành viên trong gia đình, Bác sĩ Chăm sóc Sức khỏe và các tổ chức Dịch vụ Cộng đồng có thể liên quan đến việc chăm sóc Quý vị cũng có thể được liên hệ để điều phối các dịch vụ chăm sóc Quý vị. Tất cả thông tin thu thập được sẽ được bảo mật theo yêu cầu của Luật Đại cương của Massachusetts (Massachusetts General Laws). Để cung cấp cho Quý vị dịch vụ chăm sóc đầy đủ và phù hợp, các bên sau có thể có quyền truy cập vào thông tin có liên quan về Quý vị:

- nhân viên/nhà thầu phù hợp từ các ASAP, Văn phòng Điều hành cho Người cao tuổi (Elder Affairs) hoặc nhà cung cấp nhằm mục đích cung cấp và quản lý các dịch vụ chăm sóc Quý vị;
- MassHealth nếu đơn vị này đang thanh toán cho một số dịch vụ chăm sóc của Quý vị; và
- những người có thể tham gia vào việc chăm sóc Quý vị để họ có thể hiểu được nhu cầu của Quý vị. Thông tin có thể bao gồm tên, địa chỉ, số điện thoại, số liên lạc khẩn cấp, các thành viên khác trong gia đình, tình trạng sức khỏe, khả năng hoàn thành công việc hàng ngày, mức độ trợ giúp của gia đình và các loại hỗ trợ cần thiết.

Mẫu đơn chấp thuận này không cho phép tiết lộ thông tin về tình trạng HIV. Phải sử dụng một mẫu đơn riêng để tiết lộ thông tin về tình trạng HIV.

Quyền của Quý vị: Quý vị có quyền:

- hỏi noi và cách thức thông tin được lưu giữ;
- phản đối những thông tin nào được thu thập và lưu giữ;
- xem và sao chép (chi phí do Quý vị tự chi trả) nội dung hồ sơ của Quý vị;
- yêu cầu không tiết lộ một số thông tin nhất định cho các tổ chức khác; và
- yêu cầu không liên lạc với một số thành viên nhất định trong gia đình.

I. Chấp thuận

Đồng ý Nhận và Lưu giữ Thông tin (đánh dấu vào các ô thích hợp)

[] Tôi cho phép [ASAP] chia sẻ thông tin liên quan có trong hồ sơ của tôi nhằm mục đích điều phối các dịch vụ chăm sóc tôi với bất kỳ Bác sĩ Chăm sóc Sức khỏe hoặc tổ chức Dịch vụ Cộng đồng nào có thể liên quan đến việc chăm sóc tôi.

[] Tôi cho phép ASAP chia sẻ thông tin cá nhân và/hoặc thông tin sức khỏe của tôi với gia đình, (những) người chăm sóc và/hoặc (những) cá nhân được chỉ định khác như được xác định bên dưới.

[] Tôi không cho phép ASAP chia sẻ thông tin cá nhân hoặc thông tin sức khỏe của tôi với những người hoặc tổ chức được xác định bên dưới.

Đồng ý Đăng ký và Chấp thuận Dịch vụ

[] Tôi đang đăng ký [ASAP] để nhận các dịch vụ được liệt kê trong Gói Dịch vụ Ban đầu ("Dịch vụ"). Gói dịch vụ này đã được tạo trong ngày hôm nay bởi tôi và nhân viên [ASAP], người đã ký tên vào mẫu đơn này.

Các Dịch vụ đã được giải thích cho tôi và các câu hỏi của tôi đã được giải đáp. Tôi hiểu rằng các Dịch vụ này sẽ được nhân viên [ASAP] xem xét và có thể được sửa đổi nếu cần thiết. Tôi hiểu rằng Người quản lý Dịch vụ Chăm sóc của tôi sẽ tham khảo ý kiến của tôi về bất kỳ thay đổi nào được đề xuất.

Tôi sẽ chia sẻ với [ASAP] bất kỳ dịch vụ cộng đồng hoặc dịch vụ liên quan đến chăm sóc sức khỏe nào mà tôi nhận được.

Tôi hiểu rằng tôi có thể gọi cho [ASAP] nếu tôi có thêm câu hỏi. Tôi hiểu rằng nhân viên của [ASAP] sẽ ghé thăm tôi vào những khoảng thời gian quy định để xác nhận rằng tôi vẫn đủ điều kiện và các Dịch vụ đang đáp ứng nhu cầu của tôi.

II. Nhận Thông tin

Tôi đã nhận được thông tin liên quan đến các chủ đề được đánh dấu bên dưới. Tôi sẽ gọi cho [ASAP] nếu có bất kỳ câu hỏi nào về thông tin này.

- [] Quyền và Trách nhiệm của tôi với tư cách là Người dùng (ASAP)
- [] Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư (Thông báo HIPAA)

-] Quyền Khiếu nại của tôi đối với Điểm Tiếp cận Dịch vụ dành cho Người cao tuổi
-] Thông tin An toàn và Sức khỏe Khẩn cấp Công cộng
-] Thông tin về Chương trình và Dịch vụ
-] Gói Dịch vụ Ban đầu – Tôi đã ký tên và nhận được một bản sao của Gói Dịch vụ Ban đầu, được lập ra với sự tham gia của tôi.
-] Thông tin khác: _____

III. Tiết lộ Thông tin về Thu nhập (đánh dấu vào các ô thích hợp)

] Với tư cách là người nhận dịch vụ thông qua chương trình miễn trừ MassHealth, tôi sẽ được yêu cầu cung cấp thông tin về thu nhập của mình; thu nhập của vợ/chồng tôi sẽ được xem xét riêng.

] Với tư cách là người nhận phúc lợi MassHealth nhưng không đăng ký tham gia chương trình miễn trừ MassHealth, tôi sẽ phải cung cấp thông tin về thu nhập của mình cũng như thu nhập của vợ/chồng tôi nếu có và sẽ chịu trách nhiệm thanh toán phần chia sẻ chi phí như được xác định bên dưới, nếu tổng thu nhập vượt trên 300% của Mức Phúc lợi Liên bang Bảo hiểm An sinh Xã hội (Social Security Insurance Federal Benefit Rate, SSI FBR).

] Nếu không nhận phúc lợi MassHealth, tôi sẽ phải cung cấp thông tin về thu nhập của mình cũng như thu nhập của vợ/chồng tôi nếu có và sẽ chịu trách nhiệm thanh toán phần chia sẻ chi phí như được xác định bên dưới.

] Tôi đồng ý rằng tôi đã cung cấp thông tin đầy đủ về thu nhập của mình. Thông tin này là đúng sự thật và chính xác theo như tôi biết. Tôi đồng ý rằng tổng thu nhập của tôi và, nếu cần, tổng thu nhập của vợ/chồng tôi là \$ _____. Khoản thanh toán mà tôi dự kiến phải trả mỗi tháng, nếu có, sẽ không vượt quá \$ _____ hoặc ____ %.

Tôi hiểu rằng thông tin thu nhập của tôi cũng như thu nhập của vợ/chồng tôi nếu có sẽ được thu thập khi có thay đổi về thu nhập của tôi hoặc trên cơ sở theo năm.

Tôi hiểu rằng khoản thanh toán của tôi, nếu có, xuất phát từ bảng kê chia sẻ chi phí được điều chỉnh hàng năm. **Tôi hiểu rằng mức này có thể do Văn phòng Điều hành cho Người cao tuổi thay đổi và tôi sẽ được thông báo trước ba mươi ngày về bất kỳ thay đổi nào như vậy.**

] Tôi đồng ý thanh toán hàng tháng hoặc thông báo cho [ASAP] nếu tôi không thể thực hiện được. Tôi hiểu rằng nếu tôi không thực hiện thanh toán phần chia sẻ chi phí theo yêu cầu thì dịch vụ của tôi có thể chấm dứt. Tôi hiểu rằng tôi có thể đủ điều kiện được giảm phần chia sẻ chi phí nếu chi phí của tôi đáp ứng các nguyên tắc cần thiết và trách nhiệm của tôi là yêu cầu [ASAP] xem xét giảm phần chia sẻ chi phí.

] Tôi sẽ cung cấp thêm thông tin từ nguồn khác/vào một ngày sau đó. Tôi hiểu rằng việc tiếp tục cung cấp dịch vụ phụ thuộc vào việc tôi cung cấp thông tin thu nhập này và nếu tôi không đồng ý với khoản chia sẻ chi phí liên quan đến tổng thu nhập của tôi, bao gồm cả thu nhập của vợ/chồng tôi nếu có, thì các dịch vụ đó có thể kết thúc.

IV. Chữ ký/Ngày

Đối với Người nộp đơn: Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, Quý vị cho phép ASAP chia sẻ thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe phù hợp về Quý vị.

Người dùng	Ngày
Người đại diện (ghi rõ mối quan hệ)	Ngày
Người đánh giá và Chức danh	Ngày