



Nombre e información de contacto de ASAP

Formulario de consentimiento y revelación de información del solicitante

Para poder prestar Servicios de cuidado en casa, según el Programa de cuidado en casa de Massachusetts (Massachusetts Home Care Program), el punto de acceso de servicios para personas mayores (ASAP) debe recopilar información personal y médica para establecer su elegibilidad para los servicios y la coordinación de la atención. También es posible que nos comuniquemos con familiares, proveedores de atención médica primaria y organizaciones de servicios de la comunidad que puedan participar en su atención, para coordinar sus servicios. Toda la información recopilada se mantendrá confidencial según los requisitos de las leyes generales de Massachusetts. Para darle atención adecuada y apropiada, es posible que las siguientes partes tengan acceso a información pertinente sobre usted:

- personal/contratista apropiado de los ASAP, Asuntos de Personas Mayores o proveedores con el propósito de prestar y administrar sus servicios;
- MassHealth, si está pagando por algunos de sus servicios; y
- los que estén participando en su atención, para que puedan entender sus necesidades. Es probable que la información incluya su nombre, dirección, teléfono, contacto de emergencia, otros miembros del grupo familiar, condiciones médicas, capacidad para completar las tareas cotidianas, grado de ayuda familiar prestada y tipos de asistencia necesaria.

Este formulario de consentimiento no cubre la revelación de información del estado de VIH. Se debe usar un formulario separado para la revelación de información del estado de VIH.

Sus derechos: Usted tiene derecho a:

- preguntar en dónde y cómo se guarda la información;
- oponerse a que se recopile y conserve información;
- ver y copiar (a sus expensas) el contenido de su expediente;
- pedir que cierta información no se revele a otras organizaciones; y
- pedir que no se contacte a ciertos familiares.

I. Consentimiento

Consentimiento para recibir y conservar información (marque las casillas que correspondan).

[] Doy mi permiso a [ASAP] para revelar información relevante contenida en mi expediente con el propósito de coordinar mis servicios con cualquiera de mis proveedores de atención médica primaria u organizaciones de servicios de la comunidad que puedan estar participando en mi atención.

[] Doy mi permiso a ASAP para revelar mi información personal o médica con mi familia, cuidadores u otras personas designadas como se identifican abajo.

[] No doy mi permiso para que ASAP revele mi información personal o médica con las siguientes personas u organizaciones como se identifican abajo.

Consentimiento para inscripción y servicios

[] Estoy enviando una solicitud a [ASAP] para los servicios que se mencionan en el Plan de servicios inicial (los “Servicios”), completado hoy por mí y el miembro del personal de [ASAP] que firmó este formulario.

Se me explicaron los servicios y se respondieron mis preguntas. Entiendo que estos Servicios serán revisados por el personal de [ASAP] y podrán ser modificados si es necesario. Entiendo que mi administrador de atención me consultará sobre cualquier cambio propuesto.

Revelaré a [ASAP] cualquier servicio de la comunidad o relacionado con la atención médica que recibo.

Entiendo que puedo llamar a [ASAP] si tengo más preguntas. Entiendo que un miembro del personal de [ASAP] volverá a visitarme en los plazos necesarios para confirmar queigo siendo elegible y que los Servicios están cumpliendo mis necesidades.

II. Cómo recibir información

He recibido información sobre los temas marcados abajo. Llamaré a [ASAP] si tengo alguna pregunta sobre esta información.

- [] Mis derechos y responsabilidades como un consumidor de (ASAP).
- [] Aviso de Prácticas de privacidad (aviso HIPAA).
- [] Mis derechos de apelación al punto de acceso de servicios para personas mayores
- [] Información de emergencia sobre salud y seguridad pública
- [] Información del programa y los servicios

Plan inicial de servicios: firmé y recibí una copia del Plan inicial de servicios, que se creó con mi participación.

Otra información: _____

III. Revelación de información sobre ingresos (marque las casillas que correspondan).

Como beneficiario de la exención de MassHealth, se me exigirá que presente información sobre mis ingresos; los ingresos de mi cónyuge se tendrán en cuenta por separado.

Como beneficiario de MassHealth sin exención, se me exigirá que presente información sobre mis ingresos y sobre los de mi cónyuge, si procede, y seré responsable de pagar un costo compartido, como se indica abajo, si los ingresos totales superan el 300 % de la Tasa de Beneficio Federal del Seguro Social (SSI FBR).

Como no beneficiario de MassHealth, se me exigirá que presente información sobre mis ingresos y los ingresos de mi cónyuge, si corresponde, y seré responsable de pagar un costo compartido como se indica abajo.

Acepto que di la información completa sobre mis ingresos. Esta información es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Acepto que mis ingresos totales y, si es necesario, los ingresos de mi cónyuge son iguales a \$_____. El pago que tendré que hacer cada mes, en su caso, no superará \$_____ o ____ %. Entiendo que la información sobre mis ingresos y sobre los ingresos mi cónyuge, si procede, se recopilará cuando haya cambios en mis ingresos o de manera anual.

Entiendo que mi pago, en su caso, procede del plan de costos compartidos que se ajusta cada año. **Entiendo que la tarifa puede ser modificada por Asuntos de Personas Mayores y que se me dará un aviso con treinta días de antelación de cualquier cambio.**

Acepto hacer el pago cada mes o avisar a [ASAP] si no puedo hacerlo. Entiendo que si no puedo hacer el costo compartido necesario, es posible que mis servicios terminen. Entiendo que puedo ser elegible para una reducción de los costos compartidos si mis gastos cumplen las directrices necesarias y que es mi responsabilidad pedir una revisión a [ASAP] de la reducción de los costos compartidos.

Presentaré más información de otra fuente/en una fecha posterior. Entiendo que la continuación de los servicios depende de que presente esta información sobre los ingresos y que si no acepto el costo compartido que está asociado a mis ingresos totales, incluyendo los ingresos de mi cónyuge, si procede, esos servicios pueden finalizar.

IV. Firmas/fechas

Para el solicitante: Firmando este formulario, permitirá que ASAP comparta información personal y médica apropiada sobre usted.

| | |
|--|-------|
| Consumidor | Fecha |
| Representante (identifique la relación). | Fecha |
| Asesor y título | Fecha |