

Applicant/Consumer _____ SAMS ID# _____
(Simplified Chinese)



ASAP 姓名和联系信息
申请人同意书和披露表

为提供基于马萨诸塞州家庭护理计划 (Massachusetts Home Care Program) 的家庭护理服务 (Home Care Services)，老年人服务接入点 (Aging Services Access Point, ASAP) 必须收集个人和健康信息，以确定您是否有资格获得护理服务和护理协调。届时，或许会与可能参与您护理的家庭成员、医疗保健从业者和社区服务组织联系，以协调您的服务。根据《马萨诸塞州一般法》(Massachusetts General Laws) 的要求，收集的所有信息均将予以保密。为了向您提供充分且适当的护理，以下各方可能有权获取您的相关信息：

- 来自 ASAP、老年事务部 (Elder Affairs) 的适当人员/承包商，或者负责提供和管理您服务的相应提供者；
- MassHealth，若其是您部分服务费用的支付者；以及
- 为更好了解您的需求而可能参与您护理的人士。涉及的信息可能包括您的姓名、地址、电话号码、紧急联系人、其他家庭成员、健康状况、完成日常任务的能力、提供家庭帮助的程度以及所需援助的类型。

本同意书不包括有关 HIV 状况信息的披露。HIV 状况信息的披露必须使用单独的表格。

您的权利：您有权：

- 询问信息保存的地方以及保存方式；
- 拒绝收集和保存部分信息；
- 查看并复制个案文件内容（自付费用）；
- 要求不向其他组织披露特定信息；以及
- 要求不联系特定家庭成员。

I. 同意书

同意接收和保留信息（请勾选相应方框）

[] 本人允许 [ASAP] 分享本人记录中所包含的相关信息，以便与本人的任何医疗保健从业者或可能参与本人护理的社区服务组织进行本人服务的协调工作。

[本人允许 ASAP 将本人的个人和/或健康信息分享给本人的家人、看护人员和/或其他指定个人（如下所示）。

[本人不允许 ASAP 将本人的个人或健康信息分享给下列人员或组织。

同意注册和服务

[本人正在向 [ASAP] 申请初始服务计划中列出的服务（“服务”），申请表格于今日由本人和签署此表格的 [ASAP] 工作人员共同填写。

本人已获服务的相关解释，且本人的问题已得到解答。本人了解，这些服务将由 [ASAP] 工作人员予以审核，并可能在必要时进行修改。本人了解，本人的护理经理将就任何拟议的变更与本人协商。

本人会将本人接受的所有社区或医疗保健相关服务告知 [ASAP]。

本人了解，如果本人有其他问题，本人可以致电 [ASAP]。本人了解，[ASAP] 的工作人员将按照规定的间隔时间再次上门造访，以确定本人是否仍然符合资格以及服务是否满足本人需求。

II. 接收信息

本人已收到有关下列勾选主题的信息。如果本人对相关信息有任何疑问，本人可致电 [ASAP]。

- [本人作为 (ASAP) 客户的权利和责任]
- [隐私惯例通知 (HIPAA 通知)]
- [本人对老年人服务接入点的上诉权利]
- [公共紧急卫生与安全信息]
- [计划和服务信息]
- [初始服务计划 - 本人已签署并收到初始服务计划副本，本人有参与该计划的制定。]
- [其他信息: _____]

III. 收入信息披露（请勾选相应方框）

[作为 MassHealth 豁免受益人，本人需要提供有关本人收入的信息；本人配偶的收入将予以单独考虑。]

[] 作为 MassHealth 非豁免受益人，本人需要提供有关本人收入以及本人配偶收入（如适用）的信息，并且如果总收入超过社会保障保险联邦福利率 (Social Security Insurance Federal Benefit Rate, SSI FBR) 的 300%，本人应负责支付下列费用分摊额。

[] 作为非 MassHealth 受益人，本人需要提供有关本人收入以及本人配偶收入（如适用）的信息，并且应负责支付下列费用分摊额。

[] 本人同意，本人已提供有关本人收入的完整信息。据本人所知，此信息真实且正确。本人同意，本人总收入以及本人配偶总收入（如需要）等于 \$_____。本人每月预计支付的款项（如有）不超过 \$_____ 或 _____%。
本人了解，本人的收入信息以及本人配偶的收入信息（如适用）将于本人收入有变时或每年收集。

本人了解，本人的付款（如有）基于每年调整的费用分摊计划。本人了解，老年人事务部可能会更改费率，并且本人将在三十天内收到任何此类更改的通知。

[] 本人同意每月付款，或者如果无法付款，本人会告知 [ASAP]。本人了解，如果本人未支付所需的费用分摊额，本人的服务可能会终止。本人了解，如果本人的费用符合必要准则，本人可能有资格获得费用分摊额减免，并且本人负责向 [ASAP] 申请进行费用分摊额减免审查。

[] 本人将提供来自其他来源/于后续日期获得的更多信息。本人了解，服务的持续提供取决于本人所提供的收入信息，如果本人不同意与本人总收入（包括本人配偶收入（如适用））相关的费用分摊，服务服务可能会终止。

IV. 签名/日期

致申请人：一旦签署此表格，即表示您允许 ASAP 分享有关您的相应个人和健康信息。

客户	日期
代表（指明关系）	日期
评估人及职称	日期