



**Nominativo ASAP e informazioni di contatto**

**Modulo di consenso per la divulgazione dei dati del/della richiedente**

Al fine di garantire i servizi previsti dal programma di assistenza domiciliare del Massachusetts (Massachusetts Home Care Program), l'Agenzia di intermediazione ai Servizi per la Terza Età (Aging Services Access Point, ASAP) deve raccogliere i dati personali e le informazioni sanitarie necessari per stabilire la Sua idoneità a usufruire dei servizi e del coordinamento delle cure. Per coordinare i servizi è possibile che vengano contattati anche familiari, operatori sanitari ed enti di servizi territoriali eventualmente coinvolti nelle Sue cure. Tutte le informazioni raccolte saranno tenute riservate secondo le disposizioni delle Leggi generali del Massachusetts (Massachusetts General Laws). Al fine di offrirLe assistenza adeguata e appropriata, potrebbero avere accesso alle informazioni che La riguardano le parti seguenti:

- personale/terzista pertinente delle ASAP e del dipartimento Affari per la Terza Età (Elder Affairs) o fornitori, relativamente all'offerta e gestione dei Suoi servizi;
- MassHealth, se contribuisce al pagamento di alcuni Suoi servizi; e
- quanti possono essere coinvolti nelle Sue cure, affinché possano venire a conoscenza delle Sue esigenze. Le informazioni comprenderanno verosimilmente nome, indirizzo, numero di telefono, contatto di emergenza, altri componenti familiari, condizioni di salute, capacità di svolgere le attività quotidiane, entità dell'aiuto familiare fornito e tipi di assistenza richiesti.

**Il presente modulo di consenso non riguarda il rilascio di informazioni sull'infezione da HIV. Per tali informazioni deve essere utilizzato un modulo a parte.**

**I Suoi diritti:** Lei ha il diritto di:

- sapere dove e come saranno conservate le informazioni;
- negare le informazioni da raccogliere e conservare;
- consultare e ottenere una copia (a Sue spese) del contenuto del Suo fascicolo;
- chiedere di non fornire determinate informazioni ad altri enti; e
- chiedere di non contattare determinati familiari.

**I. Consenso**

**Consenso a ricevere e conservare informazioni** (spuntare le caselle pertinenti)

[ ] Autorizzo [ASAP] a condividere le informazioni pertinenti contenute nel mio fascicolo ai fini del coordinamento dei servizi con tutti gli operatori sanitari o gli enti di servizi territoriali eventualmente coinvolti nelle mie cure.

- ] Autorizzo ASAP a condividere i miei dati e/o le informazioni sanitarie personali con i miei familiari, caregiver e/o altri soggetti autorizzati identificati di seguito.
- 
- 
- ] Non autorizzo ASAP a condividere i miei dati o le informazioni sanitarie personali con i seguenti soggetti o enti identificati di seguito.
- 
- 

### **Consenso all'iscrizione ai Servizi**

] Richiedo a [ASAP] i servizi elencati nel Piano dei servizi iniziali (i "Servizi"), compilato oggi da me e dal delegato di [ASAP] che ha firmato il presente modulo.

Mi è stata fornita una spiegazione dei Servizi ed ogni mia domanda ha ottenuto una risposta. Sono consapevole che questi Servizi saranno rivisti dal personale [ASAP] e che, se necessario, potrebbero subire delle modifiche. Sono a conoscenza del fatto che il mio Care Manager mi consulterà per ogni modifica proposta.

Darò comunicazione a [ASAP] di qualsiasi servizio territoriale o sanitario che ricevo.

Sono consapevole che potrò contattare [ASAP] nel caso avessi altre domande. Sono inoltre consapevole che un delegato di [ASAP] mi farà di nuovo visita a intervalli regolari per accettare i miei requisiti di idoneità e per assicurarsi che i Servizi rispondano alle mie esigenze.

### **II. Informazioni ricevute**

Ho ricevuto informazioni riguardanti gli argomenti selezionati di seguito. Contatterò [ASAP] nel caso in cui avessi delle domande riguardanti queste informazioni.

- ] Miei diritti e doveri come utente (ASAP)
- ] Informativa sulle prassi di riservatezza (Informativa HIPAA)
- ] Miei diritti di ricorso contro l'Agenzia di intermediazione ai Servizi per la Terza Età
- ] Informazioni sulla salute e la sicurezza pubblica in caso di emergenza
- ] Informazioni su programmi e servizi
- ] Piano dei servizi iniziali – Ho firmato e ricevuto una copia del Piano dei servizi iniziali creato con la mia partecipazione.
- ] Altre informazioni: \_\_\_\_\_

### **III. Divulgazione di informazioni sul reddito** (spuntare le caselle pertinenti)

[ ] In quanto beneficiario/a di esenzioni MassHealth, sono tenuto/a a fornire informazioni sul mio reddito; il reddito del mio coniuge sarà considerato separatamente.

[ ] In quanto non beneficiario/a di esenzioni MassHealth, sono tenuto/a a fornire informazioni sul mio reddito nonché su quello del mio coniuge, ove previsto, e a versare una quota di partecipazione ai costi identificata di seguito, qualora il reddito totale superi il 300% del tasso di sussidio federale per l'assicurazione di previdenza sociale (Social Security Insurance Federal Benefit Rate, SSI FBR).

[ ] In quanto non beneficiario/a MassHealth, sono tenuto/a a fornire informazioni sul mio reddito nonché su quello del mio coniuge, ove previsto, e a versare una quota di partecipazione ai costi identificata di seguito.

[ ] Confermo di aver fornito informazioni complete riguardo al mio reddito. Per quanto di mia conoscenza, tali informazioni sono veritieri e corrette. Confermo che il mio reddito totale e, se richiesto, quello del mio coniuge è pari a \$\_\_\_\_\_. Il pagamento che sarò tenuto/a a versare ogni mese, se previsto, non supererà \$\_\_\_\_\_ o \_\_\_\_%. Sono consapevole che saranno raccolte informazioni sul mio reddito e su quello del mio coniuge, ove previsto, nel momento in cui il reddito subisse variazioni, oppure con cadenza annuale.

Sono consapevole che il pagamento da me dovuto, ove previsto, scaturisce da piani di partecipazione ai costi che sono rivisti ogni anno. **Sono consapevole che il tasso potrebbe essere variato dal dipartimento Affari per la Terza Età e che in caso di variazione riceverò un preavviso di trenta giorni.**

[ ] Accetto di effettuare il pagamento mensilmente o di avvisare [ASAP] nel caso non fossi in grado di farlo. Sono consapevole che se non verso la quota di partecipazione ai costi prevista i servizi potrebbero cessare. Sono a conoscenza del fatto che potrei aver diritto a una riduzione della quota di partecipazione se le mie spese soddisfano le direttive necessarie e che spetta a me richiedere a [ASAP] una revisione della riduzione della quota.

[ ] Fornirò ulteriori informazioni da altre fonti/in un momento successivo. Sono consapevole che la continuità dei servizi dipende dal fatto che fornirò le informazioni sul reddito e che se non accetto la quota di partecipazione ai costi associata al mio reddito totale, compreso quello del mio coniuge ove previsto, tali servizi potrebbero cessare.

### **IV. Firma/Data**

**Al/Alla richiedente:** Firmando il presente modulo, fornisce ad ASAP l'autorizzazione a condividere dati personali e informazioni sanitarie pertinenti che La riguardano.

Utente	Data
Rappresentante (specificare la relazione)	Data
Nome e titolo del delegato	Data