



### **ASAP 姓名和聯絡資訊**

### **申請人同意書和披露表**

為提供麻薩諸塞州家庭照護計畫 (Massachusetts Home Care Program) 下的家庭照護服務 (Home Care Services)，老年服務存取點 (Aging Services Access Point, ASAP) 必須收集個人和健康資訊，以確定您是否有資格獲得照護服務和照護協調。期間，或許會與可能參與照護的家庭成員、醫療照護從業者和社區服務組織聯絡，以協調您的服務。根據《麻薩諸塞州通則》(Massachusetts General Laws) 的要求，收集的所有資訊都將予以保密。為了向您提供充分且適當的照護，以下各方可能有權存取您的相關資訊：

- 來自 ASAP、年老者事務部 (Elder Affairs) 的適當人員/承包商，或者提供和管理您服務的相應提供者；
- MassHealth，如由其支付您的某些服務費用；以及
- 為更好瞭解您的需求而可能參與您的照護的人員。此類資訊可能包括您的姓名、地址、電話號碼、緊急聯絡人、其他家庭成員、健康狀況、完成日常工作的能力、提供家庭協助的程度以及所需協助的類型。

**本同意書不包括 HIV 狀況資訊的披露。HIV 狀態資訊的披露必須使用單獨的表格。**

#### **您的權利：您有權：**

- 詢問資訊的保存位置及保存方式；
- 拒絕收集和保存哪些資訊；
- 查看並複製個案檔案的內容（需自費）；
- 要求不向其他組織透露某些資訊；以及
- 要求不聯絡特定家庭成員。

## **I. 同意**

### **同意接收及保留資訊（請勾選適當的方塊）**

本人允許 [ASAP] 分享本人記錄中所包含的相關資訊，以便與本人的任何醫療照護從業者或可能參與本人照護的社區服務組織進行本人服務的協調工作。

[ ] 本人允許 ASAP 將本人的個人和/或健康資訊分享給本人的家人、照護人員和/或其他指定個人（如下所示）。

---

---

[ ] 本人不允許 ASAP 將本人的個人或健康資訊分享給下列人員或組織。

---

---

### 同意註冊和服務

[ ] 本人正在向 [ASAP] 申請初始服務計畫（「服務」）所列服務，申請表於今日由本人與簽署此表格的 [ASAP] 工作人員共同填寫。

本人已獲服務相關解釋，並且本人的疑問已得到解答。本人瞭解，此類服務將由 [ASAP] 工作人員審核，並可能在必要時進行修改。本人瞭解，本人的照護經理將就任何提議的變更與本人協商。

本人會將本人收到的任何社區或醫療照護相關服務分享給 [ASAP]。

本人瞭解，如有更多疑問，本人可以致電 [ASAP]。本人瞭解，[ASAP] 的工作人員將按要求的間隔時間再次造訪本人，確認本人是否仍然符合資格以及服務是否滿足本人的需求。

### II. 接收資訊

本人已收到有關下方勾選主題的資訊。如對此資訊有任何疑問，本人將致電 [ASAP]。

- [ ] 本人作為 (ASAP) 客戶的權利與責任
- [ ] 隱私權實務通知 (HIPAA 通知)
- [ ] 本人對老年服務存取點提起上訴的權利
- [ ] 公共緊急衛生與安全資訊
- [ ] 計畫和服務資訊
- [ ] 初始服務計畫 - 本人已簽署並收到初始服務  
計畫副本，且本人有參與制定此計畫。
- [ ] 其他資訊： \_\_\_\_\_

### III. 收入資訊的披露（請勾選適當的方塊）

[ ] 身為 MassHealth 豁免受助者，本人需要提供有關本人收入的資訊；本人配偶的收入將另外考慮。

[ ] 身為 MassHealth 非豁免受助者，本人需要提供有關本人收入以及本人配偶收入（如適用）的資訊，並且如果總收入超過社會安全保險聯邦福利率 (Social Security Insurance Federal Benefit Rate, SSI FBR) 的 300%，本人應負責支付下列費用分攤額。

[ ] 身為非 MassHealth 受助者，本人需要提供有關本人收入以及本人配偶收入（如適用）的資訊，並且應負責支付下列費用分攤額。

[ ] 本人同意，本人已提供有關本人收入的完整資訊。據本人所知，此資訊真實且正確。本人同意，本人的總收入以及（如需要）本人配偶的總收入等於 \$\_\_\_\_\_。

本人每月預計支付的款項（如有）不超過 \$\_\_\_\_\_ 或 \_\_\_\_\_%。

本人瞭解，本人的收入資訊以及本人配偶的收入（如果適用）將在本人的收入有變時收集或每年收集一次。

本人瞭解，本人的付款（如有）來自每年調整的費用分攤計畫。本人瞭解，年老者事務部可能會更改費率，且本人將在三十天內收到任何此類更改的通知。

[ ] 本人同意每月付款，如果無法付款，本人將告知 [ASAP]。本人瞭解，如果本人不支付所需的費用分攤額，本人的服務可能會終止。本人瞭解，如果本人的費用符合必要準則，本人可能有資格獲享費用分攤額減免，並且本人應負責向 [ASAP] 申請費用分攤額減免審核。

[ ] 本人會提供來自其他來源/於稍後日期獲取的其他資訊。本人瞭解，服務的持續提供取決於本人提供的此收入資訊，如果本人不同意與本人總收入（包括本人配偶收入（如適用））相關的費用分攤額，此類服務可能會終止。

### IV. 簽名/日期

致申請人：一旦簽署此表格，即表示您允許 ASAP 分享有關您的適當個人和健康資訊。

客戶	日期
代表（說明關係）	日期
評估員及職稱	日期