

دستورالعمل‌های تکمیل فرم رضایت SAPC برای پرداخت و عملیات مراقبت‌های بهداشتی

هدف از این فرم رضایت، اعطای مجوز برای پرداخت هزینه تمام خدمات ارائه‌شده برای درمان اختلال مصرف مواد (SUD) و اعطای مجوز انتشار اطلاعات بهداشتی SUD محافظت‌شده شما تحت **بخش 2 از CFR 42** از سوی ارائه‌دهندگان درمانی فعلی، گذشته و آینده شما در شبکه ارائه‌دهندگان خدمات کنترل و پیشگیری از سوءمصرف مواد (SAPC) برای SAPC، در نقش آن به عنوان طرح تخصصی SUD متعلق به Medi-Cal برای خدمات SUD، به منظور پرداخت هزینه خدمات دریافت‌شده و سایر عملیات مراقبت‌های بهداشتی است. بر اساس HIPAA، «عملیات مراقبت‌های بهداشتی» شامل طیفی از فعالیت‌ها مانند انجام/ترتیب دادن خدمات حسابرسی، از جمله تشخیص تقلب و سوءاستفاده، برنامه‌های انطباق، مدیریت کسب‌وکار و فعالیت‌های اداری عمومی می‌شود. این رضایت‌نامه همچنین مجوز ارسال و پرداخت به اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (DHCS)، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده (MCP) و سایر پرداخت‌کنندگان شخص ثالث و انتشار تمام اطلاعات لازم برای ارسال و پردازش ادعاها را فراهم می‌کند.

لطفاً توجه داشته باشید که اعطای مجوز از سوی شما داوطلبانه است و می‌توانید از امضای این فرم رضایت خودداری کنید. با این حال، اگر این فرم رضایت را امضا نکنید، شما مسئولیت تمام پرداخت‌ها، از جمله هر مبلغی که در غیر این صورت صورت حساب آن برای SAPC، در نقش آن به عنوان طرح تخصصی SUD متعلق به Medi-Cal، و هر پرداخت‌کننده شخص ثالث مربوطه‌ای، صادر می‌شد یا توسط آن بازپرداخت می‌شد را می‌پذیرید و مسئول پرداخت تمام هزینه‌های مرتبط از جیب خود خواهید بود. لطفاً قبل از ادامه این دستورالعمل‌ها را مرور کنید.

هر بخش را با دقت بخوانید

این فرم شامل چندین بخش است که موارد زیر را توضیح می‌دهند:

- **چه اطلاعاتی** ممکن است به اشتراک گذاشته شود
- **چه کسی** ممکن است اطلاعات را ارسال و دریافت کند
- **چرا** اطلاعات به اشتراک گذاشته می‌شود
- **مجاز انتشار** اطلاعات **چه مدت** معتبر است
- **حقوق شما** در رابطه با لغو مجوز انتشار اطلاعات
- **حق شما** برای امتناع از امضا و عواقب آن

لطفاً قبل از امضا، هر بخش را به دقت بخوانید و بررسی کنید.

چه کسانی می‌توانند اطلاعات شما را به اشتراک بگذارند و دریافت کنند

با امضای این فرم، موافقت می‌کنید که اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی SUD محافظت‌شده تحت بخش 2 از CFR 42 از سوی ارائه‌دهندگان درمانی فعلی، گذشته و آینده در شبکه ارائه‌دهندگان SAPC برای SAPC در نقش آن به عنوان طرح تخصصی SUD متعلق به Medi-Cal به منظور پرداخت و سایر عملیات مراقبت‌های بهداشتی را مجاز می‌دانید. همچنین انتشار اطلاعات از پرونده پزشکی خود برای SAPC یا سایر پرداخت‌کنندگان شخص ثالث، از جمله تمام اطلاعات لازم برای ارسال و پردازش ادعاها مانند نام، تاریخ تولد، آدرس، تشخیص پزشکی و خدمات ارائه‌شده به خود را مجاز می‌دانید.

لطفاً به بخش دوم «نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی» و بخش سوم «سایر اطلاعات مهم» مراجعه کنید.

حقوق خود تحت HIPAA و بخش 2 از CFR 42 را مرور کنید

این فرم حقوق شما را تحت قوانین فدرال و ایالتی بیان می‌کند. شما حق دارید:

- **از امضای این مجوز خودداری کنید**
- **مجاز خود را در هر زمان به صورت کتبی یا حضوری لغو کنید**
- **یک نسخه از فرم تکمیل‌شده را دریافت کنید**
- **از حفاظت‌های محرمانگی، از جمله محدودیت‌های افشای مجدد، بهره‌مند شوید**

لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود تحت HIPAA و بخش 2 از CFR 42 به بخش سوم «سایر اطلاعات مهم» و بخش پنجم «اطلاعیه همراه افشاها» مراجعه کنید.

انقضای مجوز

این مجوز منقضی نمی‌شود و تا زمانی که تصمیم به لغو آن نگیرید، معتبر باقی می‌ماند.

لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق مجوز خود به بخش سوم «سایر اطلاعات مهم» و بخش ششم «لغو رضایت» مراجعه کنید.

لغو مجوز شما

شما می‌توانید مجوز خود را در هر زمان با اطلاع رسانی کتبی یا حضوری به ارائه دهنده درمانی یا برنامه خود لغو کنید. لغو مجوز، اطلاعاتی که قبل از دریافت درخواست لغو به اشتراک گذاشته شده است را بازگشت‌پذیر نمی‌کند. خدمات ارائه‌شده پیش از لغو، همچنان برای اهداف پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی مجاز تلقی می‌شود.

لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه لغو مجوز خود به بخش سوم «سایر اطلاعات مهم» و بخش ششم «لغو رضایت» مراجعه کنید.

تبادل الکترونیکی و امنیت

تمام افشاها - از جمله افشاهای الکترونیکی - باید با موارد زیر مطابقت داشته باشند:

- الزامات HIPAA
- بخش 2 از CFR 42
- سایر قوانین محرمانگی فدرال و ایالتی قابل اجرا

فرم را امضا و تاریخ گذاری کنید

امضای شما تأیید می کند که:

- اطلاعات موجود در فرم را درک می کنید
- انتشار اطلاعات توصیف شده را مجاز می دانید
- حقوق خود را تحت HIPAA و بخش 2 از CFR 42 درک می کنید

اگر به عنوان نماینده قانونی امضا می کنید، باید برخورداری از اختیار برای انجام این کار را ذکر کنید. نمونه هایی از اشخاص دارای اختیار قانونی شامل والدین، قیم قانونی، ناظر قضایی، مجری وصیت نامه، وکالت نامه، و/یا بستگان درجه یک می باشند. از شما خواسته خواهد شد که اسناد اضافی برای تأیید اختیار خود برای رضایت دادن از طرف مراجعه کننده را ارائه دهید.

اگر به عنوان شاهد برای «امضا با علامت» امضا می کنید، لطفاً بخش مربوطه را با اطلاعات خود پر کنید.

فرم تکمیل شده را بازگردانید

فرم امضا شده را به ارائه دهنده، برنامه یا آژانس مسئول پردازش درخواست خود بازگردانید. می توانید یک نسخه از آن را برای نگهداری نزد خود درخواست کنید.

دفتر پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد (SAPC)

رضایت برای پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی

هدف از رضایت و افشا: هدف از این رضایت‌نامه، اعطای مجوز برای پرداخت هزینه تمام خدمات ارائه‌شده برای درمان اختلال مصرف مواد (SUD) و اعطای مجوز انتشار اطلاعات بهداشتی SUD محافظت‌شده تحت بخش 2 از CFR 42 از سوی ارائه‌دهندگان درمانی فعلی، گذشته و آینده من در شبکه ارائه‌دهندگان SAPC برای SAPC، در نقش آن به عنوان طرح تخصصی SUD متعلق به Medi-Cal برای خدمات SUD، به منظور پرداخت و سایر عملیات مراقبت بهداشتی است. این رضایت‌نامه همچنین مجوز ارسال و پرداخت به اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (DHCS)، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده (MCP) و سایر پرداخت‌کنندگان شخص ثالث و انتشار تمام اطلاعات لازم برای ارسال و پردازش ادعاها را فراهم می‌کند.

I. اطلاعات مراجعه‌کننده		
نام (نام خانوادگی، نام، نام میانی):	تاریخ تولد:	شماره Medi-Cal:
آدرس ایمیل:	شماره تلفن:	۴ رقم آخر شماره تأمین اجتماعی (SSN):
با ارائه آدرس ایمیل خود، به SAPC و شبکه ارائه‌دهندگان SAPC اجازه می‌دهید که از طریق ایمیل با شما تماس بگیرند.		شماره Sage ID:
آدرس:		
II. نهادهای مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی		
من با انتشار اطلاعات بهداشتی SUD محافظت‌شده تحت بخش 2 از CFR 42 از سوی ارائه‌دهندگان درمانی فعلی، گذشته و آینده‌ام در شبکه ارائه‌دهندگان SAPC برای SAPC در نقش آن به عنوان طرح تخصصی SUD متعلق به Medi-Cal به منظور پرداخت و سایر عملیات مراقبت بهداشتی موافقت می‌کنم. من انتشار اطلاعات از پرونده پزشکی خود برای SAPC یا سایر پرداخت‌کنندگان شخص ثالث، از جمله تمام اطلاعات لازم برای ارسال و پردازش ادعاها مانند نام، تاریخ تولد، آدرس، تشخیص پزشکی و خدمات ارائه‌شده به خود را مجاز می‌دانم.		
III. سایر اطلاعات مهم		
امضای این فرم رضایت‌نامه به منزله آنست که درک می‌کنم: انقضای رضایت - این مجوز تا زمانی که به نحو دیگری لغو نشود، معتبر باقی می‌ماند. - سوابق درمان الکل و/یا مواد مخدر من تحت مقررات فدرال حاکم بر محرمانگی و سوابق بیماران دچار سوء مصرف مواد، 42 C.F.R. بخش 2، و قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی سال 1996 C.F.R. 45، (HIPAA). بخش‌های 160 و 164 محافظت می‌شود و بدون رضایت کتبی من قابل افشاء نیست، مگر در مواردی که مقررات اجازه می‌دهد. حق عدم امضا: این رضایت برای پرداخت مراقبت بهداشتی و سایر عملیات مراقبت بهداشتی من است. من آگاه هستم که حق دارم این فرم رضایت را امضا نکنم. اگر این فرم رضایت را امضا نکنم، مسئولیت تمام پرداخت‌ها، از جمله هر مبلغی که در غیر این صورت صورت حساب آن برای SAPC، در نقش آن به عنوان طرح تخصصی SUD متعلق به Medi-Cal، و هر پرداخت‌کننده شخص ثالث مربوطه‌ای، صادر می‌شد یا توسط آن بازپرداخت می‌شد را می‌پذیرم و مسئول پرداخت تمام هزینه‌های مرتبط از جیب خود خواهم بود. - من تأیید می‌کنم که این مجوز برای تعیین واجد شرایط بودن برای درمان‌ها یا مزایا یا پرداخت هزینه درمان‌هایی که دریافت می‌کنم ضروری است، اما SAPC نمی‌تواند درمان من را مشروط به ارائه این مجوز کند. - من حق دارم یک نسخه از این فرم رضایت‌نامه را دریافت کنم. یک نسخه از این فرم رضایت‌نامه به اندازه نسخه اصلی معتبر است. اطلاعات مربوط به افشای مجدد - اطلاعات مربوط به درمان الکل یا مواد مخدر که برای یک نهاد تحت پوشش یا همکار تجاری افشاء شده است، ممکن است مطابق با مجوزهای مندرج در مقررات HIPAA مجدداً افشاء شود. - محدودیت‌های افشای مجدد - اطلاعات افشاء‌شده نمی‌تواند برای اقدامات مدنی، کیفری، اداری و قانونگذاری علیه مراجعه‌کننده بدون یک فرم رضایت‌نامه اضافی که صرفاً برای این منظور و مطابق با 42 C.F.R. بخش 2 تهیه شده باشد، مجدداً افشاء شود. - من حق دارم این رضایت‌نامه را در هر زمان به صورت کتبی یا حضوری نزد ارائه‌دهنده درمان اختلال مصرف مواد خود لغو کنم، مگر در مواردی که ارائه‌دهنده من یا سایر دارندگان قانونی این رضایت‌نامه، قبلاً بر اساس آن اقدام کرده باشند. می‌توانم از بخش لغو رضایت‌نامه در این فرم برای فسخ این فرم رضایت‌نامه به صورت کتبی استفاده کنم. پس از دریافت درخواست لغو رضایت‌نامه من، ارائه‌دهنده یا SAPC این رضایت‌نامه را برای انتشار اطلاعات در آینده لغو خواهد کرد. من می‌فهمم که افشاء‌های انجام‌شده پیش از لغو این فرم رضایت‌نامه قابل بازبینی نیستند و نهادهایی که اطلاعات برای		

IV. امضای مراجعه‌کننده یا نماینده قانونی

با امضای زیر، تأیید می‌کنم که فرم رضایت‌نامه را خوانده‌ام و می‌فهمم که امضای من افشای اطلاعات بهداشتی‌ام را به شکل توصیف‌شده در این فرم مجاز می‌سازد. می‌فهمم که امضای این فرم داوطلبانه است و حق دارم از امضا کردن امتناع کنم.

نام و امضای مراجعه‌کننده یا نماینده قانونی مراجعه‌کننده:

اگر مراجعه‌کننده نمی‌تواند بنویسد، می‌تواند علامتی در خط امضا بگذارد. امضا با قرار دادن علامت، نیازمند دو شاهد است. یک شاهد باید نام مراجعه‌کننده را در خط مخصوص نام مراجعه‌کننده بنویسد و نام خود را بنویسد و در یکی از محل‌های مشخص‌شده برای شاهد در زیر امضا کند. شاهد دوم باید نام خود را بنویسد و در محل مخصوص شاهد دیگر امضا کند تا امضای مراجعه‌کننده با علامت را تأیید کند.

نام به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____
امضا _____
ماه _____ / روز _____ / سال _____

اگر توسط نماینده قانونی مراجعه‌کننده امضا شده است، نسبت با او و اختیار اعطا شده برای انجام این کار را بیان کنید:

اگر مراجعه‌کننده نمی‌تواند بنویسد و علامتی به عنوان امضای خود در بالا ارائه داده است، دو شاهد لازم است تا بخش شاهد را با نوشتن نام‌های خود و امضا در زیر تکمیل کنند.

1. نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____
نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____
2. نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____
امضا _____

V. اطلاعیه همراه افشاها

این پرونده که برای شما افشا شده است تحت قوانین محرمانگی فدرال (بخش 2 از CFR 42) محافظت می‌شود. این قوانین، شما را از استفاده یا افشای این پرونده، یا شهادتی که اطلاعات موجود در این پرونده را توصیف می‌کند، در هر گونه دادرسی مدنی، کیفری، اداری یا قانونگذاری توسط هر مقام فدرال، ایالتی یا محلی، علیه مراجعه‌کننده منع می‌کند، مگر اینکه با رضایت مراجعه‌کننده مجاز باشد، به جز موارد مقرر در CFR 2.12(c)(5) یا مجاز شده توسط دادگاه مطابق با CFR 2.64 42 یا 2.65. علاوه بر این، قوانین فدرال شما را از هرگونه استفاده یا افشای دیگر این پرونده منع می‌کند مگر اینکه حداقل یکی از موارد زیر برقرار باشد:

- (i) استفاده یا افشای بیشتر به صراحت با رضایت کتبی فردی که اطلاعاتش در این پرونده افشا می‌شود مجاز شده باشد یا به گونه‌ای دیگر طبق بخش 2 از CFR 42 مجاز شده باشد.
 - (ii) شما یک نهاد تحت پوشش یا شریک تجاری باشید و پرونده را برای درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت بهداشتی دریافت کرده باشید، یا
 - (iii) شما پرونده را از یک نهاد تحت پوشش یا شریک تجاری طبق مجوز CFR 45 بخش 164، زیربخش‌های A و E دریافت کرده باشید.
- یک مجوز عمومی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای برآوردن عناصر مورد نیاز رضایت کتبی برای استفاده بیشتر یا افشای مجدد پرونده کافی نیست (به CFR 2.31 42 مراجعه کنید).

VI. لغو رضایت

من حق دارم این فرم رضایت را در هر زمانی با تکمیل این بخش و ارائه لغو رضایت خود از طریق پست یا حضوری به ارائه‌دهنده درمان اختلال مصرف مواد خود لغو کنم، مگر در مواردی که ارائه‌دهنده من یا سایر دارندگان قانونی آن قبلاً بر اساس آن اقدام کرده باشند.

آدرس پستی آژانس ارائه‌دهنده درمان اختلال مصرف مواد:

نام سازمان: _____
آدرس خیابان (خط 1): _____
آدرس خیابان (خط 2: آپارتمان/سوئیت/واحد): _____
شهر، ایالت و کد پستی: _____

پس از دریافت درخواست لغو رضایت من، ارائه‌دهنده فرم رضایت را برای انتشار اطلاعات آینده لغو خواهد کرد. افشاگری‌های انجام شده قبل از دریافت درخواست لغو قابل بازبینی نیستند.

با امضای بخش زیر، رضایت خود را برای انتشار اطلاعات در آینده برای پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی لغو می‌کنم. می‌فهمم که هرگونه افشاگری انجام شده قبل از دریافت این درخواست لغو قابل بازگشت یا بازبینی نیست.

نام و امضای مراجعه‌کننده یا نماینده قانونی مراجعه‌کننده:

اگر مراجعه‌کننده نمی‌تواند بنویسد، می‌تواند علامتی در خط امضا بگذارد. امضا با قراردادن علامت، نیازمند دو شاهد است. یک شاهد باید نام مراجعه‌کننده را در خط مخصوص نام مراجعه‌کننده بنویسد و نام خود را بنویسد و در یکی از محل‌های مشخص شده برای شاهد در زیر امضا کند. شاهد دوم باید نام خود را بنویسد و در محل مخصوص شاهد دیگر امضا کند تا امضای مراجعه‌کننده با علامت را تأیید کند.

نام به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____ امضا _____ ماه _____ / روز _____ / سال _____

اگر توسط نماینده قانونی مراجعه‌کننده امضا شده است، نسبت با او و اختیار اعطا شده برای انجام این کار را بیان کنید:

اگر مراجعه‌کننده نمی‌تواند بنویسد و علامتی به عنوان امضای خود در بالا ارائه داده است، دو شاهد لازم است تا بخش شاهد را با نوشتن نام‌های خود و امضا در زیر تکمیل کنند.

1. _____ نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____
2. _____ نام شاهد به خط خوانا (نام، نام میانی و نام خانوادگی) _____
_____ امضا _____ امضا

مراجعه‌کنندگانی که فرم رضایت انتشار اطلاعات را مستقیماً به SAPC ارسال کرده‌اند می‌توانند فرم تکمیل شده لغو رضایت را از طریق ایمیل امن یا پست به آدرس ذکر شده در زیر بازگردانند. یک کپی از مدرک شناسایی رسمی صادر شده توسط دولت باید برای تأیید مشروعیت درخواست ضمیمه شود.

آدرس ایمیل:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

آدرس پستی SAPC
پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

لطفاً توجه داشته باشید: درخواست‌های لغو ارسال شده به SAPC از مراجعه‌کنندگانی که فرم رضایت انتشار اطلاعات را مستقیماً نزد SAPC تکمیل نکرده‌اند، یا درخواست‌های ارسال شده بدون کپی مدرک شناسایی معتبر صادر شده توسط دولت، پردازش نخواهند شد.

نحوه پر کردن فرم رضایت SAPC برای پرداخت و عملیات مراقبت‌های بهداشتی

هدف رضایت و افشا (بالای فرم)

این بخش توضیح می‌دهد که شما مجوز موارد زیر را صادر می‌کنید:

- SAPC اطلاعات SUD شما را برای پرداخت و عملیات مراقبت‌های بهداشتی دریافت کند، و
- SAPC، DHCS، MCP ها و سایر پرداخت‌کنندگان اطلاعات لازم برای ارسال و پردازش مطالبات را دریافت کنند.
- این فرم زمانی لازم است که بخواهید SAPC هزینه خدمات SUD شما را از Medi-Cal یا سایر پرداخت‌کنندگان دریافت کند.

بخش اول — اطلاعات مراجعه‌کننده

اطلاعات شخصی خود را وارد کنید تا SAPC و ارائه‌دهندگان شما بتوانند پرونده شما را به درستی شناسایی کنند.

1. **نام:** نام قانونی کامل خود را بنویسید (نام خانوادگی، نام، نام میانی).
2. **تاریخ تولد:** از فرمت سال/روز/ماه استفاده کنید.
3. **شماره Medi-Cal:** شماره Medi-Cal خود را، در صورتی که دارید، وارد کنید.
4. **آدرس ایمیل:** ایمیلی را وارد کنید که به طور منظم آن را چک می‌کنید.
5. **شماره تلفن:** بهترین شماره تلفن برای تماس با شما.
6. **4 رقم آخر SSN:** فقط چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی خود را وارد کنید. اگر SSN ندارید یا شماره SSN خود را نمی‌دانید، لطفاً این قسمت را خالی بگذارید.
7. **آدرس:** آدرس پستی فعلی شما.
8. **شماره Sage ID:** شماره پرونده پزشکی Sage EHR خود را، در صورتی که می‌دانید، وارد کنید. اگر نمی‌دانید، این قسمت را خالی بگذارید یا از ارائه‌دهنده خود بپرسید.

بخش دوم — نهادهای مجاز به تبادل اطلاعات بهداشتی

نیازی به نوشتن در این بخش نیست. این بخش توضیح می‌دهد که شما به ارائه‌دهندگان درمانی فعلی، گذشته و آینده SAPC خود اجازه می‌دهید که اطلاعات SUD شما را برای پرداخت و عملیات مراقبت‌های بهداشتی برای SAPC و پرداخت‌کنندگان شخص ثالث (MCP، DHCS، طرح‌های بیمه) منتشر کنند.

بخش سوم — سایر اطلاعات مهم

نیازی نیست در این بخش چیزی بنویسید. هر زیربخش را با دقت بخوانید.

- **انقضا:** رضایت‌نامه شما تا زمانی که آن را لغو کنید معتبر می‌ماند.
- **حفاظت‌ها:** پرونده‌های شما تحت قوانین فدرال بخش 2 از CFR 42 و HIPAA محافظت می‌شوند.
- **حق عدم امضا:** می‌توانید از امضا کردن خودداری کنید که در این صورت شما مسئول هزینه‌های مرتبط با مراقبت خود خواهید بود.
- **حق دریافت نسخه:** می‌توانید درخواست کنید که یک نسخه از رضایت‌نامه امضا شده را دریافت کنید.
- **افشای مجدد:** برخی از اطلاعات شما ممکن است تحت شرایط محدود و مطابق با HIPAA مجدداً افشا شوند.
- **حمایت‌های قانونی:** اطلاعات شما بدون رضایت‌نامه جداگانه نمی‌تواند در پرونده‌های قانونی استفاده شود.
- **حق لغو:** می‌توانید این رضایت‌نامه را در هر زمانی لغو کنید. اطلاعاتی که قبلاً به اشتراک گذاشته شده قابل بازگشت نیست.

بخش چهارم — امضای مراجعه‌کننده یا نماینده قانونی

در اینجا به طور رسمی اجازه انتشار اطلاعات را صادر می‌کنید.

1. **نام به خط خوانا:** نام کامل قانونی شما.
2. **امضا:** با نوشتن نام خود امضا کنید.
 - a. اگر نمی‌توانید بنویسید، می‌توانید با قراردادن یک علامت امضا کنید.
 - b. در صورت امضا با علامت، دو شاهد باید بخش شاهدان را تکمیل کنند.
3. **تاریخ:** تاریخ امضا را وارد کنید.
4. **در صورت امضا شدن توسط نماینده قانونی:**
 - a. نسبت را ذکر کنید (مثلاً والدین، قیم و غیره).
 - b. اختیار قانونی را ذکر کنید (مثلاً حکم دادگاه، قیمیت و غیره).
5. **بخش شاهدان (فقط در صورتی که مراجعه‌کننده با علامت امضا کند)**
دو شاهد باید:

- نام خود را به خط خوانا بنویسند
- با نوشتن نام خود امضا کنند

اگر نماینده قانونی از طرف مراجعه‌کننده امضا کند، باید نسبت و اختیار قانونی خود را برای این کار ذکر کند. اگر مراجعه‌کننده با علامت امضا کند، دو شاهد باید نام خود را به خط خوانا بنویسند و امضا کنند.

بخش پنجم — اطلاعیه همراه افشاها

این اطلاعیه محرمانگی الزامی تحت بخش 2 از CFR 42 است که همراه اطلاعات شما ارسال خواهد شد. نیازی به نوشتن در این بخش نیست. اطلاعیه همراه افشاها یک اطلاعیه محرمانگی است که همراه پرونده‌های منتشر شده بر اساس مجوز امضای این فرم ارسال خواهد شد. اطلاعیه محرمانگی به دریافت‌کننده سوابق اطلاع می‌دهد که پرونده‌های دریافت‌شده تحت قوانین محرمانگی ایالتی و فدرال محافظت می‌شوند و نمی‌توانند با سایر نهادهایی که به موجب این فرم رضایت مجاز نشده‌اند، به اشتراک گذاشته شوند.

بخش ششم — لغو رضایت

این بخش را فقط زمانی تکمیل کنید که می‌خواهید رضایت‌نامه خود را لغو کنید (یعنی در آینده).

مرحله 1 — اطلاعات ارائه‌دهنده

اطلاعات ارائه‌دهنده درمانی را وارد کنید:

- نام سازمان
- آدرس پستی کامل

مرحله 2 — امضای لغو

1. نام خود را به خط خوانا بنویسید
2. با نوشتن نام خود امضا کنید (یا علامت بزنید).
3. تاریخ لغو را وارد کنید (سال/روز/ماه)
4. اگر نماینده قانونی امضا می‌کند، نسبت و اختیار قانونی برای این کار را ذکر کنید
5. در صورت ارسال مستقیم به SAPC، لطفاً یک نسخه از کارت شناسایی دولتی خود را ضمیمه کنید تا هویت شما تأیید شود

مرحله 3 — شاهدان (در صورت امضا با علامت)

دو شاهد باید نام خود را به خط خوانا بنویسند و امضا کنند.

مرحله 4 — ارسال درخواست لغو

- اگر در ابتدا رضایت‌نامه را مستقیماً به SAPC ارسال کرده‌اید، می‌توانید درخواست لغو را به روش‌های زیر ارسال کنید:
- از طریق ارسال ایمیل امن به SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (باید یک نسخه از کارت شناسایی دولتی شما ضمیمه باشد)
 - از طریق پست به آدرس SAPC که در فرم درج شده است

لطفاً درخواست‌های لغو را با استفاده از دستورالعمل‌های موجود در فرم به ارائه‌دهنده، ژانز یا SAPC ارسال کنید.

تعاریف تکمیلی

مجوز / رضایت

یک سند کتبی و امضا شده که تمام الزامات بخش 2 از CFR 42 را برآورده می‌کند، از جمله:

- هدف از افشا
- چه کسی مجاز به افشا است
- چه کسی مجاز به دریافت است
- چه اطلاعاتی می‌تواند به اشتراک گذاشته شود
- تاریخ انقضا
- امضا و تاریخ

هر فرم ROI مربوط به SAPC برای برآورده کردن این الزامات برای هدف خاص خود طراحی شده است

هماهنگی مراقبت‌ها

ارتباط و همکاری بین ارائه‌دهندگان برای حمایت از درمان، ارجاعات، مدیریت پرونده و تداوم مراقبت از مراجعه‌کننده.

مراجعه‌کننده

فردی که خدمات اختلال مصرف مواد (SUD) را دریافت می‌کند. مراجعه‌کننده کسی است که اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (PHI) او ممکن است هنگام امضای ROI به اشتراک گذاشته شود.

نهاد

هر سازمان، آژانس، ارائه‌دهنده، دادگاه، وکیل یا فردی که مجاز به دریافت یا افشای اطلاعات SUD باشد. مثال‌ها: ارائه‌دهندگان DHCS، SAPC، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده، دادگاه‌ها، مراقبت مشروط، ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه.

رسیدگی‌های قانونی

هر فرآیند کیفری، مدنی، اداری یا قانون‌گذاری که در آن اطلاعات SUD ممکن است علیه مراجعه‌کننده درخواست یا استفاده شود. مثال‌ها: جلسات دادگاه، مراقبت مشروط، پرونده‌های رفاه کودک، جلسات تعیین مزایای تأمین اجتماعی.

نماینده قانونی

فردی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری از طرف مراجعه‌کننده است. مثال‌ها:

- قیم منصوب از طرف دادگاه
- سرپرست قانونی
- والدین یک صغیر. آن‌ها فقط زمانی می‌توانند ROI را امضا کنند که دارای اختیار قانونی مستند باشند.

استاندارد حداقل ضروری

بر اساس تعاریف HIPAA، حداقل میزان اطلاعات لازم برای تحقق هدف رضایت می‌تواند به اشتراک گذاشته شود.

پرداخت و عملیات مراقبت بهداشتی

فعالیت‌های اداری مورد نیاز برای صدور صورت‌حساب، پرداخت یا مدیریت خدمات SUD، از جمله:

- صدور صورت‌حساب Medi-Cal
- بررسی واجد شرایط بودن
- بررسی استفاده
- بهبود کیفیت
- حسابرسی‌ها و بررسی‌های انطباق

افشای مجدد

هرگونه اشتراک‌گذاری اطلاعات SUD پس از افشای اولیه. بر اساس بخش 2 از CFR 42، افشای مجدد مجاز است، به جز برای رسیدگی‌های قانونی.

لغو رضایت

مراجعه‌کننده حق دارد در هر زمانی رضایت خود را پس بگیرد. پس گرفتن رضایت نمی‌تواند افشاهای گذشته‌ای که در زمان اعتبار رضایت انجام شده‌اند را لغو کند. درخواست لغو باید به صورت کتبی یا با تکمیل بخش لغو فرم ROI انجام شود.

پرداخت‌کننده شخص ثالث

هر نهادی که مسئول پرداخت یا بازپرداخت خدمات SUD به جز خود مراجعه‌کننده است. مثال‌ها: Medi-Cal، DHCS، طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده، بیمه خصوصی.

ارائه‌دهنده درمانی / شبکه ارائه‌دهندگان SAPC

هر برنامه درمان SUD که با SAPC شهرستان لس‌آنجلس طرف قرارداد است، از جمله برنامه‌های سرپایی، اقامتی، OTP، مدیریت ترک و برنامه‌های حمایت از بهبودی.

شاهد

فردی که مشاهده می‌کند مراجعه‌کننده ROI را با قرار دادن علامت امضا می‌کند (زمانی که مراجعه‌کننده قادر به نوشتن برای امضا نیست). دو (2) شاهد باید نام خود را به خط خوانا بنویسند و امضا کنند تا علامت مذکور معتبر تلقی شود.