

Hướng Dẫn Hoàn Thành Mẫu Đơn Đồng Ý Thanh Toán Và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe Của SAPC

Mục đích của mẫu đơn đồng ý này là để ủy quyền thanh toán cho tất cả các dịch vụ được cung cấp để điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD) và cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe về SUD được bảo vệ theo **42 CFR Phần 2** của quý vị từ các nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại, quá khứ và tương lai trong Mạng lưới Nhà cung cấp của Chương trình Phòng chống và Kiểm soát Chất gây nghiện (SAPC) cho SAPC, với vai trò là Chương trình SUD Chuyên biệt Medi-Cal cho các dịch vụ SUD, vì mục đích thanh toán cho các dịch vụ đã nhận và các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Theo HIPAA, "Hoạt động chăm sóc sức khỏe" bao gồm một loạt các hoạt động như thực hiện/sắp xếp các dịch vụ kiểm toán, bao gồm phát hiện gian lận và lạm dụng, các chương trình tuân thủ, quản lý kinh doanh và các hoạt động hành chính chung. Sự đồng ý này cũng ủy quyền việc gửi yêu cầu và thanh toán cho Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (DHCS), các Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý (MCP), và các bên thanh toán thứ ba khác, cũng như việc tiết lộ tất cả thông tin cần thiết để gửi và xử lý các yêu cầu thanh toán.

Xin lưu ý rằng sự ủy quyền của quý vị là tự nguyện và quý vị có quyền từ chối ký vào mẫu đơn đồng ý này. Tuy nhiên, nếu quý vị không ký vào mẫu đơn đồng ý này, quý vị chấp nhận chịu trách nhiệm cho tất cả các khoản thanh toán, bao gồm bất kỳ số tiền nào lẽ ra sẽ được lập hóa đơn hoặc được SAPC hoàn trả, với vai trò là chương trình SUD chuyên biệt Medi-Cal cũng như bất kỳ bên thanh toán thứ ba nào có liên quan, và quý vị sẽ chịu trách nhiệm cho tất cả các chi phí tự chi trả liên quan. Vui lòng xem lại các hướng dẫn này trước khi tiếp tục.

Đọc Kỹ Từng Phần

Mẫu đơn này bao gồm một số phần mô tả:

- **Thông tin nào** có thể được chia sẻ
- **Ai** có thể gửi và nhận thông tin
- **Tại sao** thông tin lại được chia sẻ
- **Thời hạn hiệu lực** của ủy quyền tiết lộ thông tin
- **Quyền của quý vị** trong việc thu hồi ủy quyền tiết lộ thông tin
- **Quyền từ chối ký** của quý vị và hậu quả của việc đó

Vui lòng **đọc và xem xét kỹ từng phần** trước khi ký.

Ai Có Thể Chia Sẻ Và Nhận Thông Tin Của Quý Vị

Bằng cách ký vào mẫu đơn này, quý vị đồng ý ủy quyền chia sẻ thông tin sức khỏe về SUD được bảo vệ theo 42 CFR Phần 2 từ các nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại, quá khứ và tương lai trong Mạng lưới Nhà cung cấp SAPC cho SAPC với vai trò là chương trình SUD chuyên biệt Medi-Cal vì mục đích thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị cũng sẽ ủy quyền tiết lộ thông tin từ hồ sơ y tế của mình cho SAPC hoặc các bên thanh toán thứ ba khác, bao gồm tất cả thông tin cần thiết để gửi và xử lý các yêu cầu thanh toán như tên, ngày sinh, địa chỉ, chẩn đoán y tế và các dịch vụ được cung cấp cho quý vị.

Vui lòng tham khảo Phần II "Các Thực Thể Được Ủy Quyền Chia Sẻ Thông Tin Sức Khỏe" và Phần III "Thông Tin Quan Trọng Khác".

Xem Lại Quyền Của Quý Vị Theo HIPAA Và 42 CFR Phần 2

Mẫu đơn này nêu rõ các quyền của quý vị theo luật Liên bang và Tiểu bang. Quý vị có quyền:

- **Từ chối ký** mẫu ủy quyền này
- **Thu hồi** ủy quyền bất cứ lúc nào bằng văn bản hoặc trực tiếp
- **Nhận một bản sao** của mẫu đơn đã hoàn thành
- **Kỳ vọng vào các biện pháp bảo vệ tính bảo mật**, bao gồm cả giới hạn tiết lộ lại thông tin

Vui lòng tham khảo Phần III "Thông Tin Quan Trọng Khác" và Phần V "Thông Báo Kèm Theo Việc Tiết Lộ" để biết thêm thông tin liên quan đến các quyền của quý vị theo HIPAA và 42 CFR Phần 2.

Hết Hạn Ủy Quyền

Ủy quyền này không hết hạn và sẽ vẫn có hiệu lực trừ khi quý vị chọn thu hồi nó.

Vui lòng tham khảo Mục III “Thông Tin Quan Trọng Khác” và Mục VI “Thu Hồi Đồng Ý” để biết thêm thông tin về các quyền ủy quyền của quý vị.

Thu Hồi Ủy Quyền Của Quý Vị

Quý vị có thể thu hồi ủy quyền của mình bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho nhà cung cấp hoặc chương trình điều trị của quý vị bằng văn bản hoặc trực tiếp. Việc thu hồi **không** làm thay đổi thông tin đã được chia sẻ trước khi nhận được thông báo thu hồi. Các dịch vụ được thực hiện trước khi thu hồi vẫn sẽ được coi là đã được ủy quyền cho mục đích thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Vui lòng tham khảo Mục III “Thông Tin Quan Trọng Khác” và Mục VI “Thu Hồi Đồng Ý” để biết thêm thông tin về cách thu hồi ủy quyền của quý vị.

Trao Đổi Điện Tử và Bảo Mật

Tất cả các tiết lộ—bao gồm cả những tiết lộ được thực hiện bằng phương thức điện tử—phải tuân thủ:

- Các yêu cầu của **HIPAA**
- **42 CFR Phần 2**
- Các **luật bảo mật** hiện hành khác của Liên bang và Tiểu bang

Ký và Ghi ngày vào Mẫu đơn

Chữ ký của quý vị xác nhận rằng:

- Quý vị **hiểu** rõ thông tin trên mẫu đơn
- Quý vị **ủy quyền việc tiết lộ thông tin** được mô tả
- Quý vị **hiểu các quyền của mình** theo HIPAA và 42 CFR Phần 2

Nếu quý vị ký với tư cách là **người đại diện hợp pháp**, quý vị phải nêu rõ thẩm quyền của mình để làm việc đó. Các ví dụ về thẩm quyền pháp lý bao gồm Cha Mẹ, Người Giám Hộ Hợp Pháp, Người Quản Lý Tài Sản, Người Thi Hành Di Chúc, Người Được Ủy Quyền, và/hoặc Thân Nhân Gần Nhất. Quý vị sẽ được yêu cầu cung cấp thêm tài liệu để chứng thực thẩm quyền đồng ý thay mặt cho khách hàng.

Nếu quý vị ký với tư cách là người làm chứng cho chữ ký bằng điểm chỉ, vui lòng điền thông tin của quý vị vào phần thích hợp.

Nộp Lại Mẫu Đơn Đã Hoàn Thành

Nộp lại mẫu đơn đã ký cho nhà cung cấp, chương trình hoặc cơ quan chịu trách nhiệm xử lý yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu một bản sao để lưu hồ sơ.

CỤC PHÒNG CHỐNG VÀ KIỂM SOÁT LẠM DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN (SAPC)

ĐỒNG Ý THANH TOÁN VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Mục đích của mẫu đơn Đồng Ý và Tiết Lộ: Mục đích của mẫu đơn nhằm ủy quyền thanh toán cho tất cả các dịch vụ được thực hiện để điều trị Rối loạn Sử dụng Chất gây nghiện (SUD) và cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe SUD được bảo vệ theo 42 CFR Phần 2 của tôi từ các nhà cung cấp điều trị hiện tại, quá khứ và tương lai của tôi trong Mạng lưới Nhà cung cấp SAPC cho SAPC, với vai trò là Chương trình SUD Chuyên biệt Medi-Cal cho các dịch vụ SUD, vì mục đích thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Sự đồng ý này cũng ủy quyền việc gửi yêu cầu và thanh toán cho Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (DHCS), các Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý (MCP), và các bên thanh toán thứ ba khác, cũng như việc tiết lộ tất cả thông tin cần thiết để gửi và xử lý các yêu cầu thanh toán.

I. THÔNG TIN KHÁCH HÀNG

Tên (Họ, Tên, và Tên Đệm):	Ngày Sinh:	Số Medi-Cal:
Địa Chỉ Email:	Số Điện Thoại:	4 Chữ Số Cuối Của SSN:
Bảng cách cung cấp địa chỉ email của quý vị, quý vị cho phép SAPC và Mạng Lưới Nhà Cung Cấp của SAPC liên hệ với quý vị qua email.		
Địa chỉ:	Số ID Sage:	

II. CÁC THỰC THỂ ĐƯỢC ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi đồng ý cho việc tiết lộ thông tin sức khỏe SUD được bảo vệ theo 42 CFR Phần 2 của tôi từ các nhà cung cấp điều trị hiện tại, quá khứ và tương lai của tôi trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp SAPC cho SAPC với vai trò là chương trình SUD chuyên biệt Medi-Cal vì mục đích thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Tôi ủy quyền việc tiết lộ thông tin từ hồ sơ y tế của tôi cho SAPC hoặc các bên thanh toán thứ ba khác, bao gồm tất cả thông tin cần thiết để nộp và xử lý các yêu cầu thanh toán như tên, ngày sinh, địa chỉ, chẩn đoán y tế và các dịch vụ được cung cấp cho tôi.

III. THÔNG TIN QUAN TRỌNG KHÁC

Bằng việc ký vào mẫu Đơn chấp thuận này, tôi hiểu rằng:

- **Hết hạn Đồng ý** - Ủy quyền này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi bị thu hồi.
- Hồ sơ điều trị rượu và/hoặc ma túy của tôi được bảo vệ theo các quy định của Liên bang về Bảo mật và Hồ sơ Bệnh nhân Lạm dụng Ma túy, 42 C.F.R. Phần 2, và Đạo luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Bảo hiểm Y tế năm 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Phần 160 & 164, và không được tiết lộ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi, trừ khi được các quy định cho phép.
- **Quyền không ký tên:** Mẫu đơn đồng ý này dành cho việc thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe của tôi và các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Tôi thừa nhận rằng mình có quyền không ký vào đơn đồng ý này. Nếu tôi không ký vào đơn đồng ý này, tôi chấp nhận chịu trách nhiệm cho tất cả các khoản thanh toán, bao gồm bất kỳ số tiền nào lẽ ra sẽ được lập hóa đơn hoặc được hoàn trả bởi SAPC, với vai trò là chương trình SUD chuyên biệt của Medi-Cal, cũng như bất kỳ bên thứ ba chi trả nào khác, và tôi sẽ chịu trách nhiệm cho tất cả các chi phí tự chi trả liên quan.
- Tôi xác nhận rằng giấy ủy quyền này là cần thiết để xác định điều kiện được hưởng các phương pháp điều trị hoặc quyền lợi, hoặc để thanh toán cho các phương pháp điều trị mà tôi nhận được, nhưng SAPC không thể ràng buộc việc điều trị của tôi với việc cung cấp giấy ủy quyền này.
- Tôi có quyền nhận một bản sao của mẫu Đơn đồng ý này. Một bản sao của mẫu đơn Đồng Ý này có giá trị như bản gốc.
- **Tiết Lộ Lại Thông Tin** - Thông tin liên quan đến điều trị nghiện rượu hoặc ma túy được tiết lộ cho một tổ chức hoặc đối tác kinh doanh được bảo hiểm có thể được tiết lộ lại theo các quyền được quy định trong quy định HIPAA.
- Các Hạn Chế Đối Với Tiết Lộ Lại – Thông tin đã được tiết lộ không được phép tiết lộ lại để phục vụ các thủ tục tố tụng

dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp chống lại khách hàng nếu không có văn bản chấp thuận bổ sung dành riêng cho mục đích này, tuân thủ quy định tại 42 C.F.R. Phần 2.

- Tôi có quyền thu hồi đơn Đồng ý này bất cứ lúc nào bằng văn bản hoặc trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện của tôi, ngoại trừ trường hợp nhà cung cấp của tôi hoặc đơn vị nắm giữ hợp pháp khác đã hành động dựa trên đơn này. Tôi có thể sử dụng phần Thu Hồi Đồng Ý trên mẫu đơn Đồng ý này để chấm dứt mẫu đơn Đồng ý này bằng văn bản. Sau khi nhận được yêu cầu Thu Hồi Đồng Ý của tôi, nhà cung cấp hoặc SAPC sẽ thu hồi sự đồng ý cho việc tiết lộ thông tin trong tương lai. Tôi hiểu rằng những thông tin đã được tiết lộ trước khi thu hồi đơn đồng ý này không thể được khôi phục và các bên nhận thông tin không bắt buộc phải trả lại hoặc tiêu hủy những thông tin đó.

IV. CHỮ KÝ CỦA KHÁCH HÀNG HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc mẫu đơn Đồng ý và hiểu rằng chữ ký của tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi như được mô tả trong mẫu này. Tôi hiểu rằng việc ký vào mẫu này là tự nguyện và tôi có quyền từ chối ký.

Tên và Chữ ký của Khách hàng hoặc Người đại diện hợp pháp của Khách hàng:

Nếu khách hàng không thể viết, họ có thể điểm chỉ vào dòng chữ ký. Ký bằng cách điểm chỉ yêu cầu có hai người làm chứng. Người làm chứng phải viết tên của khách hàng lên dòng được chỉ định cho tên của khách hàng và viết tên của chính họ và ký vào một trong các ô dành cho người làm chứng bên dưới. Người làm chứng thứ hai phải viết tên của họ và ký vào ô dành cho người làm chứng còn lại để xác nhận chữ ký bằng cách điểm chỉ của khách hàng.

Tên Viết In Hoa (Tên, Tên đệm và Họ) Chữ Ký Tháng / Ngày / Năm

Nếu được ký bởi Người đại diện hợp pháp của Khách hàng, hãy nêu mối quan hệ và thẩm quyền thực hiện:

Nếu khách hàng không thể viết và đã điểm chỉ thay cho chữ ký của họ ở trên, cần có hai người làm chứng để hoàn thành phần người làm chứng bằng cách viết tên của họ và ký tên bên dưới.

1. _____ 2. _____
Tên Viết In Hoa Người làm chứng (Họ, Tên Đệm và Tên) Tên Viết In Hoa Người làm chứng (Họ, Tên Đệm và Tên)

Chữ ký _____
Chữ ký

V. THÔNG BÁO KÈM THEO CÁC TIẾT LỘ

Hồ sơ này đã được tiết lộ cho quý vị được bảo vệ bởi các quy tắc bảo mật của Liên bang ([42 CFR phần 2](#)). Các quy tắc này cấm quý vị sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ này, hoặc lời khai mô tả thông tin có trong hồ sơ này, trong bất kỳ thủ tục dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp nào bởi bất kỳ cơ quan Liên bang, Tiểu bang hoặc địa phương nào, chống lại khách hàng, trừ khi được sự đồng ý của khách hàng, ngoại trừ trường hợp được quy định tại [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) hoặc được tòa án cho phép theo [42 CFR 2.64](#) hoặc [2.65](#). Ngoài ra, các quy tắc của Liên bang cấm quý vị thực hiện bất kỳ việc sử dụng hoặc tiết lộ nào khác đối với hồ sơ này trừ khi ít nhất một trong các điều kiện sau được áp dụng:

- Việc sử dụng hoặc tiết lộ thêm được sự đồng ý rõ ràng bằng văn bản của cá nhân có thông tin đang được tiết lộ trong hồ sơ này hoặc theo quy định khác của [42 CFR phần 2](#).
- Quý vị là một đơn vị được bảo hiểm hoặc đối tác kinh doanh và đã nhận được hồ sơ để điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe, hoặc
- Quý vị đã nhận được hồ sơ từ một thực thể được bảo hiểm hoặc đối tác kinh doanh theo quy định của [45 CFR phần 164, các tiểu phần A và E](#).

Sự ủy quyền chung cho việc phát hành thông tin y tế hoặc thông tin khác KHÔNG đủ để đáp ứng các yếu tố bắt buộc của sự đồng ý bằng văn bản để tiếp tục sử dụng hoặc tiết lộ lại hồ sơ (xem [42 CFR 2.31](#)).

VI. THU HỒI ĐỒNG Ý

Tôi có quyền hủy bỏ mẫu đơn Đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách hoàn thành phần này và gửi yêu cầu Thu Hồi Đồng Ý của tôi qua đường bưu điện hoặc trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện của tôi, ngoại trừ trường hợp nhà cung cấp của tôi hoặc người nắm giữ hợp pháp khác đã hành động dựa trên sự đồng ý đó.

Địa chỉ Gửi thư của Cơ quan Cung cấp Dịch vụ Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện:

Tên Tổ chức: _____

Địa chỉ Đường phố (Dòng 1): _____

Địa chỉ Đường phố (Dòng 2: Căn hộ/Phòng/Đơn vị): _____

Thành phố, Tiểu bang và Mã bưu chính: _____

Sau khi nhận được yêu cầu Thu Hồi Đồng Ý của tôi, nhà cung cấp của tôi sẽ thu hồi mẫu đơn Đồng ý đối với việc tiết lộ thông tin trong tương lai. Các tiết lộ được thực hiện trước khi nhận được thông báo thu hồi không thể được khôi phục.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi thu hồi sự Đồng ý của mình đối với việc tiết lộ thông tin trong tương lai cho mục đích thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng bất kỳ tiết lộ nào được thực hiện trước khi nhận được thông báo thu hồi này không thể được hoàn tác hoặc khôi phục.

Tên và Chữ ký của Khách hàng hoặc Người đại diện hợp pháp của Khách hàng:

Nếu khách hàng không thể viết, họ có thể điền chỉ vào dòng chữ ký. Ký bằng cách điền chỉ yêu cầu có hai người làm chứng. Người làm chứng phải viết tên của khách hàng lên dòng được chỉ định cho tên của khách hàng và viết tên của chính họ và ký vào một trong các ô dành cho người làm chứng bên dưới. Người làm chứng thứ hai phải viết tên của họ và ký vào ô dành cho người làm chứng còn lại để xác nhận chữ ký bằng cách điền chỉ của khách hàng.

Tên Viết In Hoa (Tên đệm và Họ) Chữ ký Tháng Ngày Năm

Nếu được ký bởi Người đại diện hợp pháp của Khách hàng, hãy nêu mối quan hệ và thẩm quyền thực hiện:

Nếu khách hàng không thể viết và đã điền chỉ thay cho chữ ký của họ ở trên, cần có hai người làm chứng để hoàn thành phần người làm chứng bằng cách viết tên của họ và ký tên bên dưới.

1. _____ 2. _____
Tên Viết In Hoa Người làm chứng (Họ, Tên Đệm và Tên) Tên Viết In Hoa Người làm chứng (Họ, Tên Đệm và Tên)

Chữ ký Chữ ký

Những khách hàng đã nộp mẫu đơn Đồng Ý Tiết Lộ Thông Tin trực tiếp cho SAPC có thể gửi lại mẫu đơn Thu Hồi Đồng Ý đã hoàn thành qua email bảo mật hoặc qua đường bưu điện đến địa chỉ được liệt kê bên dưới. Phải đính kèm một bản sao giấy tờ tùy thân chính thức do chính phủ cấp để xác minh tính hợp lệ của yêu cầu.

Địa Chỉ Gửi Thư Của SAPC

Phòng chống và Kiểm soát Lạm dụng Chất gây nghiện
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Địa chỉ Email:

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Xin lưu ý: Các yêu cầu thu hồi được gửi đến SAPC từ những khách hàng không hoàn thành mẫu đơn Đồng Ý Tiết Lộ Thông Tin trực tiếp với SAPC, hoặc các yêu cầu được gửi mà không kèm theo bản sao giấy tờ tùy thân hợp lệ do chính phủ cấp, sẽ không được xử lý.

Cách điền mẫu đơn Đồng Ý Thanh toán và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe của SAPC

Mục đích của đơn Đồng Ý Và Tiết Lộ (Phần Đầu Của Mẫu Đơn)

Phần này giải thích rằng quý vị đang ủy quyền cho:

- SAPC nhận thông tin về SUD của quý vị để **thanh toán và phục vụ các hoạt động chăm sóc sức khỏe**, và
- SAPC, DHCS, các MCP, và các bên thanh toán khác nhận thông tin cần thiết để **gửi và xử lý các yêu cầu thanh toán**.
- **Mẫu đơn này là bắt buộc** nếu quý vị muốn SAPC lập hóa đơn cho Medi-Cal hoặc các bên thanh toán khác cho các dịch vụ SUD của quý vị.

Phần I — Thông Tin Khách Hàng

Điền thông tin cá nhân của quý vị để SAPC và các nhà cung cấp của quý vị có thể xác định chính xác hồ sơ của quý vị.

1. **Tên:** Viết họ và tên pháp lý của quý vị (Họ, Tên, Tên đệm).
2. **Ngày Sinh:** Sử dụng định dạng MM/DD/YYYY.
3. **Số Medi-Cal:** Nhập số Medi-Cal của quý vị, nếu quý vị có.
4. **Địa chỉ Email:** Nhập địa chỉ email quý vị thường xuyên kiểm tra.
5. **Số Điện thoại:** Số điện thoại tốt nhất để liên lạc với quý vị.
6. **4 Chữ số cuối của SSN:** Chỉ nhập bốn chữ số cuối của Số An sinh Xã hội của quý vị. Nếu quý vị không có SSN hoặc không biết SSN của mình là gì, vui lòng để trống.
7. **Địa chỉ:** Địa chỉ gửi thư hiện tại của quý vị.
8. **Số ID Sage:** Cung cấp số hồ sơ y tế Sage EHR của quý vị, nếu biết. Nếu không biết, hãy để trống hoặc hỏi nhà cung cấp của quý vị.

Phần II — Các Thực Thể Được Ủy Quyền Chia Sẻ Thông Tin Sức Khỏe

Không cần viết gì trong phần này. Phần này giải thích rằng quý vị đang ủy quyền cho **các nhà cung cấp dịch vụ điều trị SUD hiện tại, trước đây và tương lai của quý vị tại SAPC** được tiết lộ thông tin SUD của quý vị cho **SAPC và cho các bên thanh toán thứ ba (DHCS, các MCP, các chương trình bảo hiểm)** để **thanh toán và phục vụ các hoạt động chăm sóc sức khỏe**.

Phần III — Thông Tin Quan Trọng Khác

Quý vị không cần viết bất cứ điều gì trong phần này. Đọc kỹ từng tiểu mục.

- **Thời hạn:** Sự đồng ý của quý vị vẫn có hiệu lực cho đến khi quý vị thu hồi.
- **Bảo vệ:** Hồ sơ của quý vị được bảo vệ bởi luật liên bang theo **42 CFR Phần 2** và **HIPAA**.
- **Quyền Không Ký:** Quý vị có quyền từ chối ký, nếu quý vị làm vậy, quý vị sẽ chịu trách nhiệm về **các chi phí liên quan đến việc chăm sóc của mình**.
- **Quyền nhận bản sao:** Quý vị có thể yêu cầu một bản sao của mẫu đồng ý đã ký.
- **Tiết lộ lại:** Một số thông tin của quý vị có thể được tiết lộ lại theo HIPAA trong các trường hợp hạn chế.
- **Bảo vệ Pháp lý:** Thông tin của quý vị không thể được sử dụng trong các thủ tục pháp lý nếu không có sự đồng ý riêng biệt.
- **Quyền Thu Hồi:** Quý vị có thể hủy bỏ sự đồng ý này bất cứ lúc nào. Thông tin đã được chia sẻ không thể được thu hồi.

Phần IV — Chữ ký của Khách hàng hoặc Người Đại diện Hợp pháp

Đây là nơi quý vị chính thức ủy quyền cho việc phát hành.

1. **Tên Viết In Hoa:** Họ và tên pháp lý của quý vị.
2. **Chữ ký:** Ký tên của quý vị.
 - a. Nếu quý vị không thể viết, quý vị có thể ký bằng điểm chỉ.
 - b. Nếu ký bằng điểm chỉ, **hai nhân chứng** phải hoàn thành phần nhân chứng.
3. **Ngày:** Ghi ngày ký.
4. **Nếu được ký bởi Người đại diện Hợp pháp:**
 - a. Nêu rõ mối quan hệ (ví dụ: cha mẹ, người giám hộ, v.v.).
 - b. Nêu rõ thẩm quyền (ví dụ: lệnh tòa, quyền bảo hộ, v.v.).
5. **Phần Nhân chứng (chỉ khi khách hàng ký bằng điểm chỉ)**

Hai nhân chứng phải:

- Ghi tên hợp pháp dưới dạng chữ in hoa
- Ký tên của họ

Nếu **người đại diện hợp pháp** ký thay cho khách hàng, họ phải nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền pháp lý để thực hiện việc này. Nếu khách hàng **ký bằng điểm chỉ**, hai nhân chứng phải ghi tên dưới dạng chữ in hoa và ký tên của họ.

Phần V — Thông Báo Kèm Theo Các Tiết Lộ

Đây là thông báo bảo mật 42 CFR Phần 2 bắt buộc sẽ đi kèm với thông tin của quý vị. Không cần viết gì trong phần này. Thông Báo Kèm Theo Các Tiết Lộ là một thông báo bảo mật sẽ đi kèm với các hồ sơ được phát hành theo sự ủy quyền của việc ký vào biểu mẫu này. Thông báo bảo mật thông báo cho người nhận hồ sơ rằng các hồ sơ đang được nhận được bảo vệ theo luật bảo mật của Tiểu bang và Liên bang và không thể được chia sẻ với các thực thể khác không được ủy quyền bởi biểu mẫu đồng ý này.

Phần VI — Thu Hồi Đồng Ý

Chỉ hoàn thành phần này **khi quý vị muốn thu hồi sự đồng ý của mình (tức là trong tương lai)**.

Bước 1 — Thông Tin Nhà Cung Cấp

Điền thông tin của nhà cung cấp dịch vụ điều trị:

- **Tên Tổ chức**
- **Địa chỉ gửi thư đầy đủ**

Bước 2 — Chữ ký Thu hồi

1. **Ghi tên viết in hoa của quý vị**
2. **Ký tên (hoặc điểm chỉ).**
3. **Ghi ngày thu hồi (MM/DD/YYYY)**
4. Nếu **người đại diện hợp pháp** ký tên, **hãy nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền** thực hiện việc này
5. Nếu nộp trực tiếp cho SAPC, vui lòng **đính kèm bản sao giấy tờ tùy thân do chính phủ cấp** để xác minh danh tính của quý vị

Bước 3 — Người làm chứng (nếu ký bằng cách điểm chỉ)

Hai người làm chứng phải ghi tên viết in hoa và ký tên.

Bước 4 — Nộp đơn thu hồi

Nếu quý vị đã nộp đơn đồng ý trực tiếp cho SAPC, quý vị có thể gửi đơn thu hồi:

- **Qua email** bảo mật đến SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (phải đính kèm bản sao giấy tờ tùy thân do chính phủ cấp)
- **Qua đường bưu điện** đến địa chỉ SAPC được liệt kê trên biểu mẫu

Vui lòng gửi đơn thu hồi cho nhà cung cấp, cơ quan của quý vị hoặc cho SAPC theo hướng dẫn trên biểu mẫu.

Các Định Nghĩa Bổ Sung

Ủy quyền / Đồng ý

Một văn bản có chữ ký đáp ứng tất cả các yêu cầu của 42 CFR Phần 2, bao gồm:

- Mục đích tiết lộ
- Bên được phép tiết lộ
- Bên được phép tiếp nhận
- Thông tin nào có thể được chia sẻ
- Ngày hết hạn
- Chữ ký và ngày tháng

Mỗi biểu mẫu ROI của SAPC được thiết kế để đáp ứng các yêu cầu này cho mục đích cụ thể của nó

Điều Phối Chăm Sóc

Việc giao tiếp và hợp tác giữa các nhà cung cấp dịch vụ để hỗ trợ điều trị, chuyển tuyến, quản lý ca bệnh và đảm bảo sự liên tục trong chăm sóc cho khách hàng.

Khách hàng

Cá nhân tiếp nhận các dịch vụ về rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD). Khách hàng là người có thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) có thể được chia sẻ khi họ ký ROI.

Thực thể

Bất kỳ tổ chức, cơ quan, nhà cung cấp, tòa án, luật sư hoặc cá nhân nào được ủy quyền tiếp nhận hoặc tiết lộ thông tin về SUD. Ví dụ: các nhà cung cấp của SAPC, DHCS, các Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý, tòa án, cơ quan quản chế, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Tổ Tụng Pháp Lý

Bất kỳ quy trình hình sự, dân sự, hành chính hoặc lập pháp nào mà thông tin về SUD có thể bị yêu cầu hoặc sử dụng để chống lại khách hàng. Ví dụ: các phiên tòa, quản chế, các vụ việc phúc lợi trẻ em, các phiên điều trần xác định quyền lợi an sinh xã hội.

Người Đại Diện Hợp Pháp

Một người được pháp luật ủy quyền đưa ra quyết định thay mặt cho khách hàng. Ví dụ:

- Người giám hộ do tòa án chỉ định
- Người giám hộ hợp pháp
- Cha mẹ của trẻ vị thành niên. Họ chỉ có thể ký ROI khi có thẩm quyền pháp lý bằng văn bản.

Tiêu Chuẩn Tối Thiểu Cần Thiết

Theo định nghĩa của HIPAA, chỉ được phép chia sẻ lượng thông tin tối thiểu cần thiết để đáp ứng mục đích của đơn đồng ý.

Thanh toán & Hoạt động Chăm sóc Sức khỏe

Các hoạt động hành chính cần thiết để lập hóa đơn, thanh toán hoặc quản lý các dịch vụ SUD, bao gồm:

- Lập hóa đơn Medi-Cal
- Kiểm tra tính đủ điều kiện
- Đánh giá việc sử dụng dịch vụ
- Cải thiện chất lượng
- Kiểm toán và đánh giá tuân thủ

Tiết lộ lại

Bất kỳ việc chia sẻ thông tin SUD nào sau lần tiết lộ ban đầu. Theo 42 CFR Phần 2, việc tiết lộ lại được **cho phép**, ngoại trừ các thủ tục tố tụng pháp lý.

THU HỒI ĐỒNG Ý

Khách hàng có quyền rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào. Việc rút lại sự đồng ý không thể hủy bỏ các tiết lộ đã thực hiện trước đó khi sự đồng ý vẫn còn hiệu lực. Việc thu hồi phải được thực hiện bằng văn bản hoặc hoàn thành bằng cách sử dụng phần thu hồi của biểu mẫu ROI.

Bên Thứ Ba Chi Trả

Bất kỳ thực thể nào chịu trách nhiệm thanh toán hoặc hoàn trả các dịch vụ SUD ngoài chính khách hàng. Ví dụ: Medi-Cal, DHCS, các Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý, bảo hiểm tư nhân.

Nhà Cung Cấp Điều Trị / Mạng Lưới Nhà Cung Cấp SAPC

Bất kỳ chương trình điều trị SUD nào có hợp đồng với SAPC của Quận LA, bao gồm các chương trình ngoại trú, nội trú, OTP, quản lý cai nghiện và hỗ trợ phục hồi.

Người làm chứng

Một người quan sát khách hàng ký ROI **bằng cách điểm chỉ** (khi khách hàng không thể viết chữ ký). Hai (2) người làm chứng phải ghi tên viết in hoa và ký tên của họ để dấu điểm chỉ được coi là hợp lệ.