

ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញទម្រង់បែបបទយល់ព្រមរបស់ SAPC សម្រាប់ការសម្របសម្រួលការព្យាបាល និងការថែទាំ

គោលបំណងនៃទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះគឺដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការបញ្ចេញ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងព័ត៌មានដែលត្រូវបានការពារក្រោម **42 CFR ផ្នែកទី 2** (ព័ត៌មានអំពីជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) រវាងអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន អតីតភាគី និងអនាគតរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SAPC និងទៅកាន់អង្គភាព ឬបុគ្គលខាងក្រៅដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះ តាមសំណើរបស់អ្នក ឬក៏ណាដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណងនៃការព្យាបាល និងការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អតិថិជន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី SUD គោលបំណងនៃការយល់ព្រម និងការបង្ហាញព័ត៌មានចាំបាច់ត្រូវស្របតាមលក្ខខណ្ឌនៃ **42 CFR ផ្នែកទី 2** និងច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។ ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកគឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយអ្នកអាចបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាបាន។ សូមចំណាយពេលបន្តិចដើម្បីអានការណែនាំខាងក្រោម។

អានផ្នែកនីមួយៗដោយប្រុងប្រយ័ត្ន

ទម្រង់បែបបទនេះរួមមានផ្នែកជាច្រើនដែលពិពណ៌នាអំពី៖

- **តើព័ត៌មានអ្វីខ្លះដែលអាចត្រូវបានចែករំលែក**
- **អ្នកណាខ្លះដែលអាចធ្វើ និងទទួលបានព័ត៌មាន**
- **មូលហេតុដែលព័ត៌មានត្រូវបានចែករំលែក**
- **រយៈពេលនៃការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត**
- **សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដកហូត ឬកាត់ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន**

សូមអាន និងពិនិត្យមើលផ្នែកនីមួយៗ ឱ្យបានហ្មត់ចត់មុនពេលចុះហត្ថលេខា។

បញ្ជាក់ពីព័ត៌មានដែលអាចត្រូវបានបញ្ចេញ

អ្នកអាចជ្រើសរើសហាមឃាត់ប្រភេទ ឬទំហំនៃព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ចេញ។ អ្នកអាចអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញ៖

- កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងស្រុងរបស់អ្នក **ឬ**
- បញ្ជាក់ពីព័ត៌មានដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ

អ្នកណាខ្លះដែលអាចចែករំលែក និងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក

អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ថាអ្នកកំពុងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកណាខ្លះចែករំលែកព័ត៌មាន។ នេះអាចរួមមាន៖

- បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា ឬភ្នាក់ងាររបស់ SAPC **ឬ**
- ជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា ឬភ្នាក់ងាររបស់ SAPC **ឬ**
- អង្គភាព/បុគ្គល ឬអន្តរការីមួយ ឬច្រើននៅខាងក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា ឬភ្នាក់ងាររបស់ SAPC

សូមយោងទៅផ្នែកទី II "អង្គភាពដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព"។

ពិនិត្យមើលសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់ HIPAA និង 42 CFR ផ្នែកទី 2

ទម្រង់នេះបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ។ អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **បដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ**
- **ដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា** ដោយការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬប្រាប់ដោយផ្ទាល់
- **ទទួលបានច្បាប់ចម្លង** នៃទម្រង់ដែលបានបំពេញរួចរាល់
- **ហាមឃាត់ព័ត៌មានអ្វីខ្លះដែលត្រូវបានចែករំលែក**
- **រំពឹងថានឹងមានការការពារការសម្ងាត់** រួមទាំងការហាមឃាត់លើការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ត

សូមយោងទៅផ្នែកទី IV "ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត" និងផ្នែកទី VI "សេចក្តីជូនដំណឹងដែលភ្ជាប់ជាមួយការបង្ហាញព័ត៌មាន" សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់ HIPAA និង 42 CFR ផ្នែកទី 2។

ការផុតកំណត់នៃការអនុញ្ញាត

ការអនុញ្ញាតនេះនឹងនៅតែមានសុពលភាពដរាបណាអ្នកទទួលបានសេវាកម្មពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SAPC លើកលែងតែអ្នកជ្រើសរើសដកហូតវិញ។

សូមយោងទៅផ្នែកទី IV "ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត" និងផ្នែកទី VII "ការដកហូតការយល់ព្រម" សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ការដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក

អ្នកអាចដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា ដោយជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល ឬកម្មវិធីរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬប្រាប់ដោយផ្ទាល់។ ការដកហូត**មិនមាន**អានុភាពលុបចោលការបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានធ្វើរួចមកហើយ មុនពេលការដកហូតការយល់ព្រមនោះត្រូវបានទទួលឡើយ។

សូមយោងទៅផ្នែកទី IV "ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត" និងផ្នែកទី VII "ការដកហូតការយល់ព្រម" សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ការចែករំលែកព័ត៌មានតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក និងសុវត្ថិភាព

ការបង្ហាញព័ត៌មានទាំងអស់ រួមទាំងការបង្ហាញដែលធ្វើឡើងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ត្រូវតែអនុលោមតាម៖

- លក្ខខណ្ឌ **HIPAA**
- **42 CFR ផ្នែកទី 2**
- ច្បាប់ស្តីពី**ការរក្សាការសម្ងាត់**របស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធ

ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់

ហត្ថលេខារបស់អ្នកបញ្ជាក់ថា៖

- អ្នកយល់អំពីព័ត៌មាននៅលើទម្រង់នេះ
- អ្នក**អនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបាន**ពិពណ៌នា
- អ្នកយល់អំពី**សិទ្ធិរបស់អ្នក**ក្រោមច្បាប់ HIPAA និង 42 CFR ផ្នែកទី 2

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជា**តំណាងស្របច្បាប់** អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់របស់អ្នកក្នុងការធ្វើដូច្នេះ។ ឧទាហរណ៍នៃសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់រួមមាន ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ អ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិ អ្នកគ្រប់គ្រងមរតក អ្នកកាន់លិខិតប្រគល់សិទ្ធិ និង/ឬសាច់ញាតិជិតបំផុត។ អ្នកនឹងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឯកសារបន្ថែមដើម្បីបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាច ឬទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជា**សាក្សី**សម្រាប់ការចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ សូមបំពេញផ្នែកដែលត្រូវគ្នាជាមួយនឹងព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ការប្រគល់ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួច

សូមប្រគល់ទម្រង់ដែលបានចុះហត្ថលេខារួចទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា កម្មវិធី ឬភ្នាក់ងារដែលទទួលបន្ទុកក្នុងការដំណើរការសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។

កម្មវិធីបង្ការនិងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន

ការយល់ព្រមសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពអំពីជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់ការសម្របសម្រួលការព្យាបាលនិងការថែទាំ

គោលបំណងនៃការយល់ព្រម និងការបង្ហាញព័ត៌មាន៖ ទម្រង់យល់ព្រមនេះផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពអំពីជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD) ដែលត្រូវបានការពារដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 រវាងអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន អតីតកាល និងអនាគតរបស់អតិថិជននៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SANC និងទៅកាន់អង្គភាព ឬបុគ្គលខាងក្រៅដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងទម្រង់យល់ព្រមនេះ តាមសំណើរបស់អតិថិជន ឬតំណាងដែលមានសិទ្ធិរបស់ពួកគេ សម្រាប់គោលបំណងនៃការព្យាបាល និងការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អតិថិជន។

សូមបញ្ជាក់ថា តើអ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមានការចែករំលែកព័ត៌មានរវាងអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន អតីតកាល និងអនាគតរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC ឬរវាងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC និងអង្គភាព/បុគ្គល ឬអន្តរការីខាងក្រៅមួយ ឬច្រើននៅខាងក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC ដោយជ្រើសរើសជម្រើសមួយ ឬទាំងពីរខាងក្រោម៖

- ☐ នៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC ☐ នៅខាងក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC

ជម្រើសដែលបានធ្វើនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវតែត្រូវគ្នានឹងជម្រើសដែលបានធ្វើនៅក្នុងផ្នែកទី II។ អង្គភាពដែលមានសិទ្ធិចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព។

I. ព័ត៌មានអតិថិជន		
ឈ្មោះ (នាមក្រកូល នាមខ្លួន និងនាមកណ្តាល)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខ Medi-Cal៖
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ តាមរយៈការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នក អ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ SANC និងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC ទាក់ទងអ្នកតាមរយៈអ៊ីមែល។	លេខទូរស័ព្ទ៖	លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃ SSN៖
អាសយដ្ឋាន៖	លេខសម្គាល់ Sage៖	

II. អង្គភាពដែលមានសិទ្ធិចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព
ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន អតីតកាល និងអនាគតរបស់ខ្ញុំ ចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពអំពីជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD) ដែលត្រូវបានការពារដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 របស់ខ្ញុំ ជាមួយអង្គភាពដែលបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម ស្របតាមសំណើនេះសម្រាប់គោលបំណងនៃការព្យាបាល និងការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់ខ្ញុំ។ ជ្រើសរើសជម្រើសមួយ ឬច្រើនខាងក្រោម។ ជម្រើស 'នៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SANC' អាចត្រូវបានជ្រើសរើសតែមួយគត់។ ជម្រើសដែលបានជ្រើសរើសខាងក្រោមត្រូវតែត្រូវគ្នានឹងជម្រើសដែលបានជ្រើសរើសនៅផ្នែកខាងលើនៃឯកសារនេះ។ ☐ បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាទាំងមូលរបស់ SANC៖ ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលទាំងអស់នៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC។ ប្រសិនបើនេះជាជម្រើសតែមួយគត់ សូមរំលងទៅផ្នែកទី III។ វិសាលភាពនៃការបង្ហាញព័ត៌មាន។ ☐ ជ្រើសរើសភ្នាក់ងារអ្នកផ្តល់សេវា SANC៖ ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលដែលបានជ្រើសរើសនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC ដែលបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម។ ☐ នៅខាងក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC៖ ជាមួយអង្គភាព/បុគ្គល ឬអន្តរការីនៅខាងក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC ដែលបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម។ ប្រើចន្លោះដែលបានផ្តល់ជូនខាងក្រោមដើម្បីបញ្ចូលព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលបានជ្រើសរើសនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SANC និង/ឬអង្គភាពខាងក្រៅដែលអ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន SUD ដែលត្រូវបានការពាររបស់អ្នកទៅឱ្យ។ ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែម សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមដែលរាយបញ្ជីអង្គភាពទាំងនោះទៅចុងបញ្ចប់នៃទម្រង់យល់ព្រមនេះ។ 1. ឈ្មោះអង្គភាព៖ _____ អាសយដ្ឋាន៖ _____ លេខទូរស័ព្ទ៖ _____ លេខទូរសារ៖ _____ អ៊ីមែល៖ _____ គេហទំព័រ៖ _____

2. ឈ្មោះអង្គភាព៖ _____
 អាសយដ្ឋាន៖ _____
 លេខទូរស័ព្ទ៖ _____ លេខទូរសារ៖ _____
 អ៊ីមែល៖ _____ គេហទំព័រ៖ _____
3. ឈ្មោះអង្គភាព៖ _____
 អាសយដ្ឋាន៖ _____
 លេខទូរស័ព្ទ៖ _____ លេខទូរសារ៖ _____
 អ៊ីមែល៖ _____ គេហទំព័រ៖ _____

III. វិសាលភាពនៃការបង្ហាញព័ត៌មាន

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យអង្គភាពដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែកទី II ចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារដែលបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម។
 ជ្រើសរើសជម្រើសមួយខាងក្រោម។

☐ កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងមូលរបស់ខ្ញុំ

☐ ផ្សេងទៀត៖ _____
 បញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ។

IV. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់យល់ព្រមនេះ ខ្ញុំយល់ថា៖

- **ការផ្គត់ផ្គង់នៃការយល់ព្រម** - ការអនុញ្ញាតនេះនឹងនៅតែមានសុពលភាពដរាបណាខ្ញុំទទួលបានសេវាកម្មពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SAPC ឬលុះត្រាតែមានការដកហូតវិញ។
- កំណត់ត្រាព្យាបាលគ្រឿងស្រវឹង និង/ឬគ្រឿងញៀនរបស់ខ្ញុំត្រូវបានការពារក្រោមបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រងការរក្សាការសម្ងាត់ និងកំណត់ត្រាអ្នកដទៃប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន 42 C.F.R. ផ្នែកទី 2 និងច្បាប់ស្តីពីលទ្ធភាពបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាពឆ្នាំ 1996 ("HIPAA") 45 C.F.R. ផ្នែកទី 160 និង 164 ហើយមិនអាចត្រូវបានបង្ហាញដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីខ្ញុំឡើយ លុះត្រាតែបទប្បញ្ញត្តិទាំងនោះអនុញ្ញាតផ្សេងពីនេះ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ការយល់ព្រមនេះ។
 ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ការយល់ព្រមនេះមានសុពលភាពដូចគ្នានឹងឯកសារដើមដែរ។
- **ព័ត៌មានស្តីពីការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ត** - ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការព្យាបាលគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀនដែលត្រូវបានបង្ហាញដល់អង្គភាពដែលគ្របដណ្តប់ ឬដៃគូអាជីវកម្មអាចត្រូវបានបង្ហាញបន្តស្របតាមការអនុញ្ញាតដែលមាននៅក្នុងបទប្បញ្ញត្តិ HIPAA។
- **ការហាមឃាត់សម្រាប់ការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ត** - ព័ត៌មានដែលបានបង្ហាញមិនអាចត្រូវបានបង្ហាញបន្តសម្រាប់ដំណើរការរដ្ឋប្បវេណី ព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋបាល និងនីតិបញ្ញត្តិប្រឆាំងនឹងអតិថិជនដោយគ្មានការទទួលបានទម្រង់ការយល់ព្រមបន្ថែមដែលសម្រាប់តែគោលបំណងនេះតែមួយគត់ ដែលស្របតាម 42 C.F.R. ផ្នែកទី 2។ ការបង្ហាញសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងៗច្បាប់តម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមដាច់ដោយឡែក។
- ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញស្របតាមទម្រង់ការយល់ព្រមអាចនឹងត្រូវទទួលរងនូវការបង្ហាញព័ត៌មានបន្តដោយអ្នកទទួល ហើយលែងត្រូវបានការពារដោយ 42 C.F.R. ផ្នែកទី 2 ទៀតហើយ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកហូតការយល់ព្រមនេះបានគ្រប់ពេលវេលា ដោយធ្វើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬប្រាប់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខ្ញុំ លើកលែងតែក្នុងករណីដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកកាន់កាប់ស្របច្បាប់ផ្សេងទៀត បានចាត់វិធានការដោយផ្អែកលើការយល់ព្រមនេះរួចហើយ។ ខ្ញុំអាចប្រើផ្នែកដកហូតការយល់ព្រម (Revocation Consent) នៅលើទម្រង់ការយល់ព្រមនេះ ដើម្បីបញ្ចប់ទម្រង់ការយល់ព្រមនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ នៅពេលដែលការដកហូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំត្រូវបានទទួល អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ឬ SAPC នឹងដកហូតការយល់ព្រមនេះចំពោះការបញ្ចេញព័ត៌មាននាពេលអនាគត។
 ខ្ញុំយល់ថាការបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានធ្វើឡើងមុនពេលដកហូតទម្រង់ការយល់ព្រមនេះ មិនអាចទាញយកមកវិញបានទេ ហើយអង្គភាពដែលទទួលបានការបង្ហាញព័ត៌មានទាំងនោះមិនតម្រូវឱ្យប្រគល់មកវិញ ឬកម្ទេចការបង្ហាញព័ត៌មានទាំងនោះឡើយ។

V. ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬកំណត់សម្គាល់ស្របច្បាប់

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំបានអានទម្រង់ការយល់ព្រមនេះ ហើយយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមានការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងទម្រង់នេះ។ ខ្ញុំយល់ថាការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះគឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំមានសិទ្ធិបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខា។

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬកំណត់សម្គាល់របស់អតិថិជន:

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ពួកគេអាចធ្វើសញ្ញាសម្គាល់ជំនួសហត្ថលេខានៅលើបន្ទាត់ហត្ថលេខា។ ការចុះហត្ថលេខាដោយសញ្ញាសម្គាល់តម្រូវឱ្យមានសាក្សីពីរនាក់។ សាក្សីម្នាក់ត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់អតិថិជននៅលើបន្ទាត់ដែលបានកំណត់សម្រាប់ឈ្មោះរបស់អតិថិជន ហើយសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួនឯង ព្រមទាំងចុះហត្ថលេខានៅក្នុងចន្លោះណាមួយដែលបានកំណត់សម្រាប់សាក្សីខាងក្រោម។ សាក្សីទីពីរត្រូវសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខារបស់ខ្លួននៅក្នុងចន្លោះសម្រាប់សាក្សីដែលនៅសល់ ដើម្បីបញ្ជាក់ការចុះហត្ថលេខាជំនួសដោយសញ្ញាសម្គាល់របស់អតិថិជន។

អក្សរពុម្ពឈ្មោះ: (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល) _____ ហត្ថលេខា _____ ខែ _____ ថ្ងៃ _____ ឆ្នាំ _____

ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយកំណត់សម្គាល់ស្របច្បាប់របស់អតិថិជន សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះ:

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ហើយបានធ្វើសញ្ញាសម្គាល់ជាហត្ថលេខារបស់ពួកគេខាងលើ សាក្សីពីរនាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញផ្នែកសាក្សីដោយសរសេរឈ្មោះរបស់ពួកគេ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។

- | | |
|---|---|
| 1. _____
អក្សរពុម្ពឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល) | 2. _____
អក្សរពុម្ពឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល) |
| _____ | _____ |
| ហត្ថលេខា | ហត្ថលេខា |

VI. សេចក្តីជូនដំណឹងដែលភ្ជាប់ជាមួយការបង្ហាញព័ត៌មាន

កំណត់ត្រាដែលត្រូវបានបង្ហាញជូនអ្នកនេះ ត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់សហព័ន្ធ ([42 CFR ផ្នែកទី 2](#))។ ច្បាប់ទាំងនេះហាមឃាត់អ្នកមិនឱ្យប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញកំណត់ត្រានេះ ឬសក្ខីកម្មដែលពិពណ៌នាអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងកំណត់ត្រានេះ ក្នុងដំណើរការរដ្ឋប្បវេណី ព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋបាល ឬនីតិបញ្ញត្តិណាមួយ ដោយអាជ្ញាធរសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានណាមួយ ប្រឆាំងនឹងអ្នកជំងឺ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតដោយការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺ លើកលែងតែមានចែងក្នុង [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) ឬតាមការអនុញ្ញាតដោយគុណការស្របតាម [42 CFR 2.64](#) ឬ [2.65](#)។ លើសពីនេះ ច្បាប់សហព័ន្ធហាមឃាត់អ្នកមិនឱ្យប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញកំណត់ត្រានេះក្នុងគោលបំណងផ្សេងទៀត លុះត្រាតែយ៉ាងហោចណាស់លក្ខខណ្ឌមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌខាងក្រោមត្រូវបានអនុវត្ត:

- (i) ការប្រើប្រាស់
ឬការបង្ហាញបន្តត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់លាស់ដោយការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់បុគ្គលដែលព័ត៌មានរបស់ពួកគេត្រូវបានបង្ហាញ នៅក្នុងកំណត់ត្រានេះ ឬតាមការអនុញ្ញាតផ្សេងទៀតដោយ [42 CFR ផ្នែកទី 2](#)។
- (ii) អ្នកគឺជាអង្គភាពដែលស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិ ឬជាដៃគូអាជីវកម្ម ហើយបានទទួលកំណត់ត្រានេះសម្រាប់ការថែទាំ ការទូទាត់ប្រាក់ ឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព ឬ
- (iii) អ្នកបានទទួលកំណត់ត្រានេះពីអង្គភាពដែលស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិ ឬដៃគូអាជីវកម្ម ដូចដែលបានអនុញ្ញាតដោយ [45 CFR ផ្នែកទី 164 ផ្នែកឯក A និង E](#)។

ការអនុញ្ញាតទូទៅសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀត គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការដែលតម្រូវសម្រាប់ការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងការប្រើប្រាស់បន្ត ឬការបង្ហាញបន្តនៃកំណត់ត្រានោះទេ (សូមមើល [42 CFR 2.31](#))។

VII. ការដកហូតការយល់ព្រម

ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកហូតទម្រង់ការយល់ព្រមនេះបានគ្រប់ពេលវេលា ដោយបំពេញផ្នែកនេះ និងផ្តល់ការដកហូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំតាមប្រែសណ្តិយ៍ ឬប្រាប់ដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ លើកលែងតែក្នុងករណីដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកកាន់កាប់ស្របច្បាប់ផ្សេងទៀត បានចាត់វិធានការដោយផ្អែកលើការយល់ព្រមនេះរួចហើយ។

អាសយដ្ឋានរបស់ភ្នាក់ងារអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន៖

ឈ្មោះអង្គភាព៖ _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ (បន្ទាត់ទី 1)៖ _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ (បន្ទាត់ទី 2៖ អាជាកមិន/បន្ទប់/យូនីត)៖ _____

ទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដប្រៃសណីយ៍៖ _____

នៅពេលដែលការដកហូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំត្រូវបានទទួល អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំនឹងដកហូតទម្រង់ការយល់ព្រមសម្រាប់ការបង្ហាញពីមាននាពេលអនាគត។ ការបង្ហាញពីមាននាពេលបានធ្វើឡើងមុនពេលទទួលបានការដកហូត មិនអាចទាញយកមកវិញបានទេ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំដកហូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបង្ហាញពីមាននាពេលអនាគត។ ខ្ញុំយល់ថាការបង្ហាញពីមាននាពេលមួយដែលបានធ្វើឡើងមុនពេលទទួលបានការដកហូតនេះ មិនអាចលុបចោល ឬទាញយកមកវិញបានទេ។

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬកំណត់ស្របច្បាប់របស់អតិថិជន៖

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ពួកគេអាចធ្វើសញ្ញាសម្គាល់ជំនួសហត្ថលេខានៅលើបន្ទាត់ហត្ថលេខា។ ការចុះហត្ថលេខាដោយសញ្ញាសម្គាល់តម្រូវឱ្យមានសាក្សីពីរនាក់។ សាក្សីម្នាក់ត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់អតិថិជននៅលើបន្ទាត់ដែលបានកំណត់សម្រាប់ឈ្មោះរបស់អតិថិជន ហើយសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួនឯង ព្រមទាំងចុះហត្ថលេខានៅក្នុងចន្លោះណាមួយដែលបានកំណត់សម្រាប់សាក្សីខាងក្រោម។ សាក្សីទីពីរត្រូវសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខារបស់ខ្លួននៅក្នុងចន្លោះសម្រាប់សាក្សីដែលនៅសល់ ដើម្បីបញ្ជាក់ការចុះហត្ថលេខាជំនួសដោយសញ្ញាសម្គាល់របស់អតិថិជន។

_____ / _____ / _____
 អក្សរពុម្ពឈ្មោះ (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល) ហត្ថលេខា ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយកំណត់ស្របច្បាប់របស់អតិថិជន សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចក្នុងការធ្វើដូច្នេះ៖

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ហើយបានធ្វើសញ្ញាសម្គាល់ជាហត្ថលេខារបស់ពួកគេខាងលើ សាក្សីពីរនាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញផ្នែកសាក្សីដោយសរសេរឈ្មោះរបស់ពួកគេ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។

- | | |
|---|---|
| 1. _____
អក្សរពុម្ពឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល) | 2. _____
អក្សរពុម្ពឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល) |
| _____ | _____ |
| ហត្ថលេខា | ហត្ថលេខា |

អតិថិជនដែលបានដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទយល់ព្រមក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ SAPC
អាចធ្វើទម្រង់បែបបទដកការយល់ព្រមដែលបានបំពេញរួចរាល់ក្រឡប់មកវិញតាមរយៈអ៊ីមែលដែលមានសុវត្ថិភាព
ឬតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលមានរាយខាងក្រោម។
ច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណផ្លូវការដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលរបស់ពួកគេត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃសំណើនេះ។

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់ SAPC

កម្មវិធីបង្ការនិងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន
(Substance Abuse Prevention and Control)
1000 South Fremont Ave.
អគារ A-9 ជាន់ទី 3 ប្រអប់លេខ 34
Alhambra, CA 91803

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

សូមចំណាំ៖ សំណើដកការយល់ព្រមដែលធ្វើទៅកាន់ SAPC

ពីអតិថិជនដែលមិនបានបំពេញទម្រង់បែបបទយល់ព្រមក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ជាមួយ SAPC
ឬសំណើដែលធ្វើដោយគ្មានច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណត្រឹមត្រូវដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល នឹងមិនត្រូវបានដំណើរការឡើយ។

របៀបបំពេញទម្រង់បែបបទយល់ព្រមសម្រាប់ការព្យាបាល និងការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់ SAPC

គោលបំណងនៃការយល់ព្រម និងការបង្ហាញព័ត៌មាន (ផ្នែកខាងលើនៃទម្រង់បែបបទ)

ផ្នែកនេះកំណត់ថាព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន (SUD) របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកណាខ្លះ។

ត្រូវប្រាកដថាជម្រើសរបស់អ្នកនៅទីនេះត្រូវគ្នាជាមួយផ្នែកទី II។

ជំហានទី 1 — អានសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីគោលបំណង។

1. នេះពន្យល់ថាទម្រង់បែបបទនេះផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាន SUD ដែលត្រូវបានការពារដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 "សម្រាប់គោលបំណងនៃការព្យាបាល និងការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អតិថិជន។"

ជំហានទី 2 — ជ្រើសរើសជម្រើសមួយ ឬច្រើន

1. ជ្រើសរើសប្រអប់ជំនួយ ឬទាំងពីរ៖
 - a. **ក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SAPC** ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ៖
ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែកតែក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវា SUD ដែលមានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ SAPC ប៉ុណ្ណោះ។
 - b. **ក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SAPC** ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ៖
ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអង្គភាពខាងក្រៅ (ឧទាហរណ៍៖ ការថែទាំបឋម សុខភាពផ្លូវចិត្ត មន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់ ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ ជាដើម)។

ផ្នែកទី I — ព័ត៌មានអតិថិជន

បំពេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ SAPC និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណកម្មរបស់អ្នកបានត្រឹមត្រូវ។

1. **ឈ្មោះ៖** សរសេរឈ្មោះស្របច្បាប់ពេញលេញរបស់អ្នក (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន, ឈ្មោះកណ្តាល)។
2. **ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖** ប្រើទម្រង់ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ។
3. **លេខ Medi-Cal៖** បញ្ចូលលេខ Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមាន។
4. **អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖** បញ្ចូលអ៊ីមែលដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ។
5. **លេខទូរស័ព្ទ៖** លេខទូរស័ព្ទដែលងាយស្រួលទាក់ទងអ្នកបំផុត។
6. **លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃ SSN៖** បញ្ចូលតែលេខបួនខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ឬមិនដឹងថា SSN របស់អ្នកជាអ្វីទេ សូមទុកវាឱ្យទំនេរ។
7. **អាសយដ្ឋាន៖** អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
8. **លេខសម្គាល់ Sage៖** ផ្តល់លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ Sage EHR របស់អ្នក ប្រសិនបើដឹង។ ប្រសិនបើមិនដឹងទេ សូមទុកវាឱ្យទំនេរ ឬសួរអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

ផ្នែកទី II — អង្គភាពដែលមានសិទ្ធិចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព

ផ្នែកនេះកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកដែលអាចចែករំលែកព័ត៌មាន SUD របស់អ្នកដោយផ្អែកលើជម្រើសរបស់អ្នក។

ជំហានទី 1 — ជ្រើសរើសជម្រើសមួយ ឬច្រើន

ជ្រើសរើសជម្រើសដែលត្រូវនឹងតម្រូវការរបស់អ្នក៖

1. **បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាទាំងមូលរបស់ SAPC**
 - a. ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចចែករំលែកទិន្នន័យជាមួយបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SUD ទាំងមូលរបស់ SAPC ដើម្បីសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកយ៉ាងពេញលេញនៅតាមស្ថាប័ននានា។
 - b. ប្រសិនបើនេះជាប្រអប់តែមួយគត់ដែលបានជ្រើសរើស អ្នកអាចរំលងទៅផ្នែកទី III។
2. **ជ្រើសរើសភ្នាក់ងារអ្នកផ្តល់សេវា SAPC**
 - a. ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្តល់សិទ្ធិឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា SUD របស់អ្នកចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា SAPC ជាក់លាក់ផ្សេងទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។
 - b. អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជាក់លាក់ដែលបានស្នើសុំសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា SAPC នីមួយៗដែលអ្នកចង់ឱ្យព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានស្នើសុំ ឬចែករំលែកជាមួយ។
3. **ក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SAPC**
 - a. ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអង្គភាពខាងក្រៅ (ឧទាហរណ៍៖ នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នាយកដ្ឋានសេវាសុខភាព គ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យ សាលារៀន ជាដើម)។

- b. អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជាក់លាក់ដែលបានស្នើសុំសម្រាប់អង្គភាពនីមួយៗដែលអ្នកចង់ឱ្យព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានស្នើសុំ ឬចែករំលែកជាមួយ។

ជំហានទី 2 — បំពេញព័ត៌មានលម្អិតរបស់អង្គភាព (ប្រសិនបើមាន)

សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា SAPC ឬអង្គភាពខាងក្រៅនីមួយៗដែលអ្នកផ្តល់សិទ្ធិ សូមបំពេញ៖

- **ឈ្មោះអង្គភាព** (ឈ្មោះពេញ ជៀសវាងការប្រើអក្សរកាត់)
- **អាសយដ្ឋាន** (អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ពេញលេញ)
- **លេខទូរស័ព្ទ** (រួមទាំងលេខកូដតំបន់)
- **លេខទូរសារ** (ប្រសិនបើដឹង)
- **អ៊ីមែល** (ប្រសិនបើដឹង)
- **គេហទំព័រ** (ស្រេចចិត្ត)

ជំហានទី 3 — បន្ថែមទំព័រផ្សេងទៀតប្រសិនបើចាំបាច់

ប្រសិនបើអ្នកមានអង្គភាពលើសពីបី សូមភ្ជាប់សន្លឹកដាច់ដោយឡែកមួយដែលមានរាយបញ្ជីដែលនៅសល់។

ផ្នែកទី III — វិសាលភាពនៃការបង្ហាញព័ត៌មាន

ផ្នែកនេះកំណត់ថាព័ត៌មានអ្វីខ្លះដែលអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញ។

ជំហានទី 1 — ជ្រើសរើសជម្រើសមួយ

- ☐ **កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងមូលរបស់ខ្ញុំ** ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យកំណត់ត្រា SUD ពេញលេញរបស់អ្នកអាចប្រើប្រាស់បានសម្រាប់ការសម្របសម្រួលការថែទាំ។
- ☐ **ផ្សេងទៀត៖** ជ្រើសរើសជម្រើសនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ហាមឃាត់អ្វីដែលត្រូវបានចែករំលែក។

ជំហានទី 2 — ប្រសិនបើជ្រើសរើស “ផ្សេងៗ” សូមបញ្ជាក់ឱ្យច្បាស់ពីអ្វីដែលអាចត្រូវបានបង្ហាញ

សូមបញ្ជាក់ឱ្យបានលម្អិតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដឹងពីអ្វីដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត។ ឧទាហរណ៍៖

- “កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាលតែប៉ុណ្ណោះ”
- “ការវាយតម្លៃ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតែប៉ុណ្ណោះ”
- “បញ្ជីថ្នាំ”
- “ភស្តុតាងនៃការចូលរួមក្នុងកម្មវិធី”
- “របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពតែប៉ុណ្ណោះ”

ផ្នែកទី IV — ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត

អ្នកមិនចាំបាច់សរសេរអ្វីទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ សូមអានផ្នែកនីមួយៗដោយយកចិត្តទុកដាក់។

- **ការផ្គត់ផ្គង់៖** ការយល់ព្រមរបស់អ្នកនៅតែមានសុពលភាពរហូតដល់អ្នកដកហូតវាវិញ។
- **ការការពារ៖** ឯកសាររបស់អ្នកត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សហព័ន្ធគ្រោម **42 CFR ផ្នែកទី 2** និង **HIPAA**។
- **សិទ្ធិមិនចុះហត្ថលេខា៖** អ្នកអាចបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាបាន ប៉ុន្តែឯកសាររបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចេញឡើយ។
- **សិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លង៖** អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃការយល់ព្រមដែលបានចុះហត្ថលេខារួច។
- **ការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ថែម៖** យោងតាម HIPAA ព័ត៌មានមួយចំនួនរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបង្ហាញបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងករណីមួយចំនួនដែលច្បាប់អនុញ្ញាតប៉ុណ្ណោះ។
- **ការការពារតាមផ្លូវច្បាប់៖** ព័ត៌មានរបស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងដំណើរការផ្លូវច្បាប់ដោយគ្មានការយល់ព្រមដាច់ដោយឡែកនោះទេ។
- **សិទ្ធិដកហូត៖** អ្នកអាចដកហូតការយល់ព្រមនេះបានគ្រប់ពេល។ ព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែករំលែករួចហើយ មិនអាចដកហូតវិញបានទេ។

ផ្នែកទី V — ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់

នេះគឺជាកន្លែងដែលអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាផ្លូវការសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន។

1. **សរសេរឈ្មោះ៖** ឈ្មោះពេញតាមផ្លូវច្បាប់របស់អ្នក។
2. **ហត្ថលេខា៖** ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក។
 - a. ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសរសេរបាន អ្នកអាចចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់។
 - b. ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ **សាក្សីពីរនាក់**ត្រូវតែបំពេញផ្នែកសាក្សី។
3. **កាលបរិច្ឆេទ៖** បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខា។
4. **ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងស្របច្បាប់៖**
 - a. បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង (ឧទាហរណ៍៖ ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ។ល។)។
 - b. បញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់ (ឧទាហរណ៍៖ ដីកាតុលាការ សិទ្ធិអ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិ ។ល។)។
5. **ផ្នែកសាក្សី (សម្រាប់តែករណីអតិថិជនចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ប៉ុណ្ណោះ)**

សាក្សីពីរនាក់ចាំបាច់ត្រូវ៖

- សរសេរឈ្មោះរបស់ពួកគេឱ្យបានច្បាស់លាស់
- ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់ពួកគេ

ប្រសិនបើគំណាងស្របច្បាប់ចុះហត្ថលេខា ពួកគេត្រូវតែបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់របស់ពួកគេក្នុងការធ្វើដូច្នេះ។
ប្រសិនបើអតិថិជនចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ សាក្សីពីរនាក់ត្រូវតែសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខា។

ផ្នែកទី VI — សេចក្តីជូនដំណឹងដែលភ្ជាប់ជាមួយការបង្ហាញព័ត៌មាន

នេះគឺជាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការរក្សាការសម្ងាត់តាម 42 CFR ផ្នែកទី 2 ដែលតម្រូវឱ្យមាន ដែលនឹងភ្ជាប់ជាមួយព័ត៌មានរបស់អ្នក។

មិនចាំបាច់សរសេរនៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលភ្ជាប់ជាមួយការបង្ហាញព័ត៌មាន

គឺជាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការរក្សាការសម្ងាត់ដែលនឹងភ្ជាប់ជាមួយឯកសារដែលត្រូវបានបញ្ចេញតាមការអនុញ្ញាតដោយការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការរក្សាការសម្ងាត់ជូនដំណឹងដល់អ្នកទទួលថា ឯកសារដែលទទួលបានត្រូវបានការពារក្រោមច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់របស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ហើយមិនអាចចែករំលែកជាមួយស្ថាប័នផ្សេងទៀតដែលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយទម្រង់យល់ព្រមនេះទេ។

ផ្នែកទី VII — ការដកហូតការយល់ព្រម

បំពេញផ្នែកនេះតែនៅពេលដែលអ្នកចង់ដកហូតការយល់ព្រមរបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍៖ នៅពេលអនាគត)។

ជំហានទី 1 — ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវា

បំពេញព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល៖

- ឈ្មោះអង្គភាព
- អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ពេញលេញ

ជំហានទី 2 — ការដកហូតហត្ថលេខា

1. សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក
2. ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក (ឬធ្វើសញ្ញាសម្គាល់)។
3. ចុះកាលបរិច្ឆេទនៃការដកហូត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
4. ប្រសិនបើមានអ្នកគំណាងស្របច្បាប់ចុះហត្ថលេខា សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចក្នុងការធ្វើដូច្នេះ
5. ប្រសិនបើដាក់ជូនដោយផ្ទាល់ទៅ SACP សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលរបស់អ្នក ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក

ជំហានទី 3 — សាក្សី (ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយការធ្វើសញ្ញាសម្គាល់)

សាក្សីពីរនាក់ត្រូវតែសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងចុះហត្ថលេខា។

ជំហានទី 4 — ដាក់ពាក្យស្នើសុំដកហូត

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បញ្ជូនការយល់ព្រមដោយផ្ទាល់ទៅ SACP ពីដំបូង អ្នកអាចធ្វើការដកហូតតាមរយៈ៖

- តាមរយៈអ៊ីមែលដែលមានសុវត្ថិភាពទៅកាន់ SACP-HIM@ph.lacounty.gov (ត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលរបស់អ្នក)
- តាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អាសយដ្ឋាន SACP ដែលមានរាយក្នុងទម្រង់បែបបទ

សូមធ្វើការដកហូតទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា ភ្នាក់ងាររបស់អ្នក ឬទៅកាន់ SACP ដោយប្រើការណែនាំនៅលើទម្រង់បែបបទ។

និយមន័យបន្ថែម

ការអនុញ្ញាត / ការយល់ព្រម

ឯកសារដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់នៃ 42 CFR ផ្នែកទី 2 រួមមាន៖

- គោលបំណងនៃការបង្ហាញព័ត៌មាន
- អ្នកដែលអាចបង្ហាញព័ត៌មាន
- អ្នកដែលអាចទទួលបានព័ត៌មាន
- ព័ត៌មានអ្វីខ្លះដែលអាចចែករំលែកបាន
- កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់
- ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ

ទម្រង់បែបបទ ROI របស់ SACP នីមួយៗត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះសម្រាប់គោលបំណងជាក់លាក់របស់វា

ការសម្របសម្រួលការថែទាំ

ការទំនាក់ទំនង និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរវាងអ្នកផ្តល់សេវា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការព្យាបាល ការបញ្ជូនបន្ត ការគ្រប់គ្រងករណី និងការបន្តការថែទាំរបស់អតិថិជន។

អតិថិជន

បុគ្គលដែលទទួលបានសេវាព្យាបាលបញ្ឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD)។ អតិថិជនគឺជាបុគ្គលដែលព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI) របស់ពួកគេអាចត្រូវបានចែករំលែក នៅពេលដែលពួកគេចុះហត្ថលេខាលើ ROI។

អង្គភាព

អង្គភាព ភ្នាក់ងារ អ្នកផ្តល់សេវា តុលាការ មេធាវី ឬបុគ្គលណាមួយដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបង្ហាញព័ត៌មាន SUD។ ឧទាហរណ៍៖ អ្នកផ្តល់សេវា SAPC, DHCS, ផែនការថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រង (Managed Care Plans), តុលាការ, ការឃ្លាំមើល (probation), អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។

ដំណើរការផ្លូវច្បាប់

ដំណើរការព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋប្បវេណី រដ្ឋបាល ឬនីតិបញ្ញត្តិណាមួយ ដែលព័ត៌មាន SUD អាចត្រូវបានស្នើសុំ ឬប្រើប្រាស់ប្រឆាំងនឹងអតិថិជន។ ឧទាហរណ៍៖ សវនាការតុលាការ ករណីត្រួតពិនិត្យតាមដាន ករណីសុខុមាលភាពកុមារ សវនាការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម។

អ្នកកំណត់ស្របច្បាប់

បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការសម្រេចចិត្តជំនួសអតិថិជន។ ឧទាហរណ៍៖

- អ្នកអភិរក្សដែលតែងតាំងដោយតុលាការ
- អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់
- ឪពុកម្តាយរបស់អតិថិជន ពួកគេអាចចុះហត្ថលេខាលើ ROI បានលុះត្រាតែពួកគេមានឯកសារបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់។

ស្តង់ដារអប្បបរមាដែលចាំបាច់

យោងតាមនិយមន័យ HIPAA ព័ត៌មានតិចតួចបំផុតដែលចាំបាច់ដើម្បីបំពេញគោលបំណងនៃការយល់ព្រម អាចត្រូវបានចែករំលែក។

ការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

សកម្មភាពរដ្ឋបាលដែលចាំបាច់ដើម្បីចេញវិក្កយបត្រ ទូទាត់ប្រាក់ ឬគ្រប់គ្រងសេវា SUD រួមមាន៖

- ការចេញវិក្កយបត្រ Medi-Cal
- ការត្រួតពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបាន
- ការពិនិត្យមើលការប្រើប្រាស់សេវា
- ការកែលម្អគុណភាព
- ការត្រួតពិនិត្យ និងការពិនិត្យការអនុលោមតាមច្បាប់

ការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ត

ការចែករំលែកព័ត៌មាន SUD ណាមួយបន្ទាប់ពីការបង្ហាញព័ត៌មានដំបូង។ យោងតាម 42 CFR ផ្នែកទី 2 ការបង្ហាញព័ត៌មានបន្តត្រូវបាន**អនុញ្ញាត** លើកលែងតែសម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់។

ការដកហូតការយល់ព្រម

អតិថិជនមានសិទ្ធិដកការយល់ព្រមរបស់ពួកគេបានគ្រប់ពេលវេលា។ ការដកការយល់ព្រមមិនអាចលុបចោលការបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានធ្វើរួចហើយ នៅពេលដែលការយល់ព្រមនៅមានសុពលភាពនោះទេ។ ការដកហូតត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬបំពេញដោយប្រើផ្នែកលុបចោលនៃទម្រង់បែបបទ ROI។

អ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបី

អង្គភាពណាមួយដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់ ឬសងថ្លៃសេវា SUD ក្រៅពីអតិថិជនផ្ទាល់។ ឧទាហរណ៍៖ Medi-Cal, DHCS, ផែនការថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រង (Managed Care Plans), ធានារ៉ាប់រងឯកជន។

អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល / បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SAPC

កម្មវិធីព្យាបាល SUD ណាមួយដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ SAPC នៃខោនធី LA រួមទាំងកម្មវិធីព្យាបាលក្រៅមន្ទីរពេទ្យ, កម្មវិធីស្នាក់នៅ, OTP, ការគ្រប់គ្រងការផ្តាច់សារធាតុញៀន និងកម្មវិធីគាំទ្រការជាសះស្បើយ។

សាក្សី

បុគ្គលដែលសង្កេតមើលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាលើ ROI **ដោយការផ្ញើសញ្ញាសម្គាល់** (នៅពេលដែលអតិថិជនមិនអាចសរសេរហត្ថលេខាបាន)។ សាក្សីពីរ (2) នាក់ត្រូវតែសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងចុះហត្ថលេខា ដើម្បីឱ្យសញ្ញាសម្គាល់នោះត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសុពលភាព។