

資訊共享授權 俄勒岡州健康計劃與健康相關的社會需求服務

名字：	姓氏：	出生日期（月/日/年）：	
郵寄地址：	城市：	州：	郵政編碼：
電話號碼：	電郵：	俄勒岡州健康計劃 (OHP) 聯邦醫療補助 (Medicaid) 用戶名稱 (ID)：	

俄勒岡州健康計劃 (Oregon Health Plan, 簡稱 OHP) 承保與健康相關的社會需求 (Health-Related Social Needs, 簡稱 HRSN) 服務，無需您支付費用。健康相關的社會需求 (HRSN) 服務是指以下項目與支援：

- 空調機
- 用於存放藥物的小型雪櫃
- 有利您健康的特殊餐食
- 住房支援

健康相關的社會需求 (HRSN) 服務提供者是指提供健康相關的社會需求 (HRSN) 服務的實體或者個人。您填寫此表格並在下方簽名，即表示您授權（允許）：

- 僅分享您的健康資訊和其他機密資訊用於下文中第1部分 (Part 1) 所述的目的。
- 有些實體和個人會分享您的資訊。他們必須分享安排健康相關的社會需求 (HRSN) 服務所需的最少資訊。

簽署此表格並非：

- 允許任何人與警察或移民機構分享您的資訊。
- 代表您同意支付任何健康相關的社會需求 (HRSN) 福利的費用。

第 1 部分：分享資訊之目的。

透過簽署，您授權（允許）分享您的健康資訊和其他機密資訊，以：

- (a) 確定您是否有資格享用 健康相關的社會需求 (HRSN) 服務
- (b) 將您轉介紹、幫助您存取，或獲得健康相關的社會需求 (HRSN) 服務，以及
- (c) 為您識別、支援、協調、更換 健康相關的社會需求 (HRSN) 服務並支付服務費用。

第 2 部分：分享資訊的類型。

透過簽署，您授權（允許）根據第 1 部分所述目的的需要分享您的以下類型資訊。僅會在必要時分享這些資訊。

(a) 人口統計資訊。這包括：

- 姓名
- 年齡
- 出生日期
- 地址
- 聯絡資訊，以及
- 任何無障礙的需求，例如以不同語言或格式的幫助來取得服務。這可以幫助您聯絡那些懂得您語言或文化的 健康相關的社會需求 (HRSN) 服務提供者。

(b) 某些受保護的健康資訊 (Protected Health Information, 簡稱 PHI)。這可能包括：

- 您的俄勒岡州健康計劃 (OHP) 聯邦醫療補助 (Medicaid) 資格
- 您的病史：
 - 實驗室測試結果
 - 用藥情況
 - 健康狀況，以及
 - 治療。

(c) 健康相關的社會需求 (HRSN) 特定資訊。這包括：

- 您符合資格獲得健康相關的社會需求 (HRSN) 服務的理由，例

如健康狀況或生活境遇

- 您可以獲得的健康相關的社會需求 (HRSN) 服務，以及
- 與您合作的健康相關的社會需求 (HRSN) 服務提供者。

(d) 心理健康資訊。這可能包括：

- 您的心理健康診斷和治療。僅在必要時才會被分享。**這不包括心理治療筆記。**您必須另外給予同意才可以分享此類筆記。

(e) 物質濫用障礙資訊。這可能包括：

- 您目前和先前的飲酒或藥物使用情況
- 診斷
- 藥物，以及
- 門診和住院治療計劃，以及
- 有關您經受過的且影響您酗酒或藥物使用之創傷的資訊。

僅當您勾選此表格末尾的選擇方框時，醫療服務提供者必須遵守聯邦物質使用保密條例（Substance Use Confidentiality Regulations**）（即聯辦法規<Code of Federal Regulations, 簡稱 CFR>的第 42 條第二部分<42 CFR Part 2>）才能分享關於您的物質或酒精使用失常的資訊。**

(f) 住房資訊。這包括您的住房：

- 狀態
- 歷史記錄，以及
- 支援。

第 3 部分：分享或獲取您資訊的護理合作夥伴。

透過簽署，您授權（允許）以下護理夥伴 (Care Partners) 可以共享和取得您的資訊：

- 人員和實體參與與您相關的：
 - 醫療保健、
 - 健康相關的社會需求 (HRSN) 服務，以及
 - 護理協調。

他們只能出於此表格第 1 部分所列目的分享您的資訊。護理合作夥伴及其承包商同意遵守有關保護您的資訊和分享您的資訊的所有法律。

您的護理合作夥伴可能包括：

- (a) 醫療護理服務提供者。這些可能包括：
 - 醫院
 - 診所
 - 醫生
 - 藥房
 - 牙醫，以及
 - 行為健康服務提供者。
- (b) 俄勒岡州衛生部 (OHA)。
- (c) 俄勒岡州衛生部 (OHA) 的管理者、阿森特拉醫療保險 (Acentra Health)、負責俄勒岡州健康計劃 (OHP) 「開放卡」 (Open Card) (收費服務) 的福利和付款。
- (d) 根據與健康相關的社會需求 (HRSN) 福利提供的與健康相關的社會需求 (HRSN) 服務或物品如空調機組的與健康相關的社會需求 (HRSN) 服務提供者和供應商。附件 A 列出了這些提供者。

第 4 部分：授權期限。 您簽署此表格後立即生效，直至發生以下情況之一：

- (a) 自您簽署此表格之日起過了 12 個月。
- (b) 您撤銷（取消）此表格。您可以透過以下任一方式進行此操作：
 - 致電 1-888-834-4304
 - 發送電子郵件至 ORHRSN@kepro.com，或者
 - 傳真至 1- 833-551-2607。
- (c) 您對此表格做了任何更改。新表格將自您發送所做更改之日起生效。您可以透過以下任一方式進行此操作：
 - 致電 1-888-834-4304
 - 發送電子郵件至 ORHRSN@kepro.com，或者
 - 傳真至 1- 833-551-2607。

第 5 部分：您的權利。 透過簽署，即表示您理解並同意：

- (a) 您可以隨時透過以下任一方式撤銷（取消）或更改此表格：
 - 致電 1-888-834-4304
 - 發送電子郵件至 ORHRSN@kepro.com，或者
 - 傳真至 1- 833-551-2607。
- (b) 如果您撤銷（取消）此表格，護理合作夥伴無法停止或刪除任何已分享、再分享，或接收到的資訊。
- (c) 您有權利取得此表格的副本。
- (d) 您的護理合作夥伴可以與其他人或實體分享及再分享您的資訊。但是，他們只能在法律允許或此表格所述的情況下這樣做。
- (e) 您可以取得一份收到過您的資訊的護理合作夥伴名單，得知有哪些護理合作夥伴收到過您的資訊。請透過以下任一方式索取該名單：
 - 致電 1-888-834-4304
 - 發送電子郵件至 ORHRSN@kepro.com，或者
 - 傳真至 1- 833-551-2607。

您不必簽署此表格。如果您不簽署此表格，您的開放卡 (**Open Card**) 團隊將為您提供健康相關的社會需求 (**HRSN**) 服務授權批准的副本。您需要直接向健康相關的社會需求 (**HRSN**) 服務提供者詢問已獲批准的服務。

即使您選擇不簽署此表格，您：

- 將獲得您的所有福利、治療或護理。
- 將收到您申請的健康相關的社會需求 (**HRSN**) 服務是被批准或被拒絕的決定。
- 不必支付健康相關的社會需求 (**HRSN**) 服務費用。

簽署此表格即表示，我授權（允許）我的護理合作夥伴僅分享我的健康資訊和其他機密資訊用於此表格中第 1 部分所述的目的。

若我願意在此表格上列出我的電話號碼，即表示我同意接收我的護理合作夥伴的短訊或電話（可能按短訊和流量標準費率付費）。我的護理合作夥伴可以發短訊或撥打此號碼來告知我以下事項：

- 我的同意選項以及
- 我的資訊可能如何被分享。

勾選此選擇方框即表示，我也授權（允許）醫療服務提供者根據聯邦物質使用保密條例（即聯辦法規<CFR>的第 42 條第二部分<42 CFR Part 2>）分享有關我物質濫用障礙的資訊。

如果您是自己簽署，請填寫第一行。如果您是代他人簽署，請填寫第二行和第三行。

會員的姓名：	會員簽名：	日期（月/日/年）：
代表的姓名：	代表簽名：	日期（月/日/年）：
代表與會員之間的關係或授權其代表會員簽署的權限說明：		

您可免費獲取此文件的其他語言版本、大字體版本、點字版本或您偏好的格式版本。請透過電子郵件至 chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或撥打電話 503-945-5772（語言和文字）聯繫 Chelsea Egbert。我們接受所有中繼通話。