

信息分享授权 俄勒冈州健康计划与健康相关的社会需求服务

名字:	姓氏:	出生日期 (月/日/年):	
邮寄地址:	城市:	州:	邮政编码:
电话号码:	电子邮件:	俄勒冈州健康计划 (OHP) 联邦医疗补助 (Medicaid) 用户名称 (ID):	

俄勒冈州健康计划 (Oregon Health Plan, 简称“OHP”) 免费为您提供与健康相关的社会需求 (Health-Related Social Needs, 简称“HRSN) 服务。与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务包括以下项目和支持:

- 空调
- 用于存放药品的小型冰箱
- 针对您健康状况的特殊膳食
- 住房支持

与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务提供者是提供与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务的实体或个人。如果您填写此表格并在下面签名, 即表示您授权 (允许):

- 仅分享您的健康信息和其他机密信息用于下文中第1部分所述的目的。
- 某些实体和个人分享您的信息。他们必须分享安排与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务所需的最少信息。

签署此表格并不意味着:

- 允许任何人与警方或移民机构分享您的信息。
- 意味着您同意支付任何与健康相关的社会需求 (HRSN) 福利的费用。

第 1 部分：分享信息的目的。

通过签署，您授权（允许）分享您的健康信息和其他机密信息以：

- (a) 确定您是否有资格获得与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务
- (b) 将您转介绍、帮助您获取或获得与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务，以及
- (c) 为您识别、支持、协调、更改和支付与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务。

第 2 部分：分享信息的类型。

通过签署，您授权（允许）根据第 1 部分所述目的的需要分享您的以下类型信息。这些信息只有在必要时才会被分享。

- (a) 人口统计信息。这包括：
 - 姓名
 - 年龄
 - 出生日期
 - 地址
 - 联系信息，以及
 - 任何无障碍需求，如使用不同语言或格式的帮助，以获得服务。这有助于将您与了解您的语言或文化的与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务提供者联系起来。
- (b) 某些受保护的健康信息（Protected Health Information，简称“PHI”）。这可能包括：
 - 您的俄勒冈州健康计划（OHP）联邦医疗补助（Medicaid）资格
 - 您的病史：
 - 化验结果
 - 药物使用
 - 健康状况，以及
 - 治疗。

- (c) 与健康相关的社会需求(HRSN) 特定信息。这包括：
- 您有资格获得与健康相关的社会需求(HRSN)服务的原因，例如健康状况或生活环境
 - 您可以获得的与健康相关的社会需求(HRSN)服务，以及
 - 与您合作的与健康相关的社会需求(HRSN)服务提供者。
- (d) 心理健康信息。这可能包括：
- 您的心理健康诊断和治疗。只有在必要时才会被分享。**这不包括心理治疗笔记**。如需分享这些笔记，您必须进一步同意。
- (e) 物质使用障碍（Substance Use Disorder，简称“SUD”）信息。这可能包括：
- 您目前和过去的饮酒或药物使用情况
 - 诊断
 - 药物，以及
 - 门诊和住院治疗计划，以及
 - 关于您所经历的影响您饮酒或药物使用的创伤的信息。
- 只有在您勾选此表格末尾的方框后，医疗服务提供者必须遵守联邦物质使用保密条例（Substance Use Confidentiality Regulations）（即联邦法规〈Code of Federal Regulations, 简称“CFR”〉的第 42 条第二部分〈42 CFR Part 2〉）“才能分享关于您的物质或酒精使用使用失常的信息。
- (f) 住房信息。这包括您的住房：
- 状态
 - 历史，以及
 - 支持。

第 3 部分：分享或获取您信息的护理合作伙伴。

通过签署，您授权（允许）以下护理合作伙伴(Care Partners)可以分享和获取您的信息：

- 人员和实体参与与您相关的：
 - 医疗保健、
 - 与健康相关的社会需求(HRSN)服务，以及
 - 护理协调。

他们只能出于此表格第 1 部分所述目的分享您的信息。护理合作伙伴及其承包商同意遵守有关保护您的信息和分享您的信息的所有法律。您的护理合作伙伴可能包括以下人员：

(a) 医疗保健提供者。这些可能包括：

- 医院
- 诊所
- 医生
- 药房
- 牙医，以及
- 行为健康服务提供者。

(b) 俄勒冈州卫生部（OHA）。

(c) 俄勒冈州卫生部（OHA）的管理者、阿森特拉医疗保险（Acentra Health）、负责俄勒冈州健康计划（OHP）“开放卡”（Open Card）（收费服务）的福利和付款。

(d) 根据与健康相关的社会需求（HRSN）福利提供的与健康相关的社会需求（HRSN）的服务或物品如空调机组的与健康相关的社会需求（HRSN）服务提供者和供应商。附录 A 列出了这些服务提供者。

第 4 部分：授权期限。一旦您签署了此表格，它将一直有效，直到出现以下情况之一：

(a) 自您签署此表格之日起过了 12 个月。

(b) 您撤销（取消）此表格。您可以通过以下任何一种方式进行此操作：

- 致电 1-888-834-4304
- 发送电子邮件至 ORHRSN@kepro.com，或
- 传真至 1-833-551-2607。

(c) 您可对此表格进行任何更改。新表格自您发送更改之日起生效。您可以通过以下任何一种方式进行此操作：

- 致电 1-888-834-4304
- 发送电子邮件至 ORHRSN@kepro.com，或
- 传真至 1-833-551-2607。

第 5 部分：您的权利。通过签署，即表示您理解并同意：

- (a) 您可以随时通过以下任一方式撤销（取消）或更改此表格：
 - 致电 1-888-834-4304
 - 发送电子邮件至 ORHRSN@kepro.com，或
 - 传真至 1-833-551-2607。
- (b) 如果您撤销（取消）此表格，护理合作伙伴无法停止或删除任何已分享、重新分享或接收的信息。
- (c) 您有权获得此表格的副本。
- (d) 您的护理合作伙伴可以与其他人或实体分享或再次分享您的信息。不过，他们只能在法律允许的范围内或在此表格所说明的情况下这样做。
- (e) 您可以获得已收到您信息的护理合作伙伴名单。要索取这份清单，请通过以下任何一种方式：
 - 致电 1-888-834-4304
 - 发送电子邮件至 ORHRSN@kepro.com，或
 - 传真至 1-833-551-2607。

您不必签署此表格。如果您不签署此表格，您的开放卡 (Open Card) 团队会给您一份与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务授权批准副本。您需要直接向与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务提供商询问已被批准的服务。

即使您选择不签署此表格，您也：

- 将获得您的所有福利、治疗或护理。
- 将获得与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务被批准或被拒绝的决定。
- 将无需为与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务付费。

通过签署此表格，我授权（允许）我的护理合作伙伴仅分享我的健康信息和其他机密信息用于此表格中第 1 部分所述的目的。

如果我愿意在此表格中填写我的电话号码，即表示我同意接收我的护理合作伙伴的短信或电话（可能需要按信息和数据标准费率付费）。我的护理合作伙伴可能会发短信或致电此号码告诉我有关以下的情况：

- 我的同意选择和
- 我的信息可能如何被分享。

通过勾选此框，我还授权（允许）医疗服务提供者根据联邦物质使用保密条例（即联邦法规 <CFR> 的第 42 条第二部分 <42 CFR Part 2>）分享有关我物质滥用障碍的信息。

如果您为自己签署，请填写第一行。如果您为他人签署，请填写第二行和第三行。

会员姓名：	会员签名：	日期（年/月/日）：
代表姓名：	代表签名：	日期（年/月/日）：
代表与会员的关系或授权其代表会员签署的说明：		

您可免费获取此文档的其他语言版本、大号字体版本、盲文版本或您偏好的格式版本。请通过发送电子邮件至 chelsea.egbert@oha.oregon.gov 或拨打电话 503-945-5772（语言和文本）联系 Chelsea Egbert。我们接受所有中继呼叫。