

**Разрешение на предоставление информации
Услуги, направленные на удовлетворение социальных
потребностей, связанных со здоровьем,
в рамках плана Oregon Health Plan**

| | | | | | |
|------------------|-----------------|----------------------|------------|---|-------|
| Имя: | | Фамилия или фамилии: | | Дата рождения (мм/дд/гггг): | |
| Почтовый адрес: | | | Город: | | Штат: |
| | | | | | |
| Почтовый индекс: | Номер телефона: | | Эл. почта: | Идентификационный номер в программе ОНП Medicaid: | |
| | | | | | |

План Oregon Health Plan (ОНП) покрывает услуги, направленные на удовлетворение социальных потребностей, связанных со здоровьем (health-related social needs, HRSN), бесплатно для вас. Услуги в рамках программы HRSN включают предоставление следующего оборудования и поддержки:

- Кондиционер воздуха
- Мини-холодильник для лекарств
- Специальное питание с учетом состояния вашего здоровья
- Поддержка в обеспечении жильем

Поставщики услуг в рамках программы HRSN — это организации или лица, предоставляющие услуги HRSN. Если вы заполните эту форму и поставите свою подпись ниже, вы дадите разрешение на:

- Передачу вашей медицинской информации и другой конфиденциальной информации только для целей, указанных в части 1 ниже.
- Передачу вашей информации определенными организациями и лицами. Они должны передавать минимальное количество информации, необходимое для организации услуг в рамках программы HRSN.

Подписание этой формы **не**:

- Позволяет кому-либо передавать вашу информацию полиции или иммиграционным службам.
- Означает, что вы согласны оплачивать какие-либо льготы в рамках программы HRSN.

Часть 1. Цели предоставления информации.

Подписывая документ, вы разрешаете передачу вашей медицинской информации и другой конфиденциальной информации для того, чтобы:

- (a) определять, отвечаете ли вы критериям для получения услуг по программе HRSN;
- (b) направлять вас для получения услуг HRSN, помогать вам получить доступ к программе или получить услуги в рамках программы HRSN, а также
- (c) определять, поддерживать, координировать, изменять и оплачивать для вас услуги в рамках программы HRSN.

Часть 2. Виды передаваемой информации.

Подписывая документ, вы разрешаете передачу следующих видов информации о вас, если это необходимо для целей, указанных в части 1. Эта информация передается только в случае необходимости.

- (a) Демографические данные. К ним относятся:
 - Полное имя
 - Возраст
 - Дата рождения
 - Адрес
 - Контактная информация и
 - Любые пожелания по обеспечению доступа к услугам, например, помощь в получении информации на другом языке или в другом формате. Это поможет вам связаться с поставщиком услуг HRSN, который понимает ваш язык или культурные особенности.
- (b) Определенная защищенная медицинская информация (protected health information, PHI). К ней относятся:
 - Ваше соответствие критериям для участия в программе Medicaid (OHP)
 - Ваша история болезни:
 - Результаты лабораторных анализов
 - Прием лекарственных препаратов
 - Состояние здоровья, и
 - Лечение
- (c) Информация относительно участия в программе HRSN. К ней относятся:
 - Причины, по которым вы соответствуете критериям для получения услуг в рамках программы HRSN, например, состояние здоровья или жизненные обстоятельства
 - Услуги HRSN, которые вы можете получить, и
 - Поставщики услуг HRSN, которые работали с вами

- (d) Информация о состоянии психического здоровья. К ней относятся:
- Ваши диагнозы в области психического здоровья и информация о лечении психических заболеваний. Эта информация будет передаваться только в случае необходимости. **Это не относится к записям по психотерапии.** Вам необходимо дать дополнительное согласие на передачу таких записей.
- (e) Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ. К ней относятся:
- Употребление вами алкоголя или наркотиков в настоящее время и в прошлом
 - Диагнозы
 - Лекарственные препараты и
 - Программы амбулаторного и стационарного лечения, а также
 - Информация о перенесенных вами травмах, которые повлияли или влияют на употребление вами алкоголя или наркотиков.
- Информация о вас относительно расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, полученная от поставщиков, которые обязаны соблюдать федеральные правила по обеспечению конфиденциальности информации об употреблении психоактивных веществ (42 C.F.R. Part 2), может быть предоставлена ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если вы поставите отметку в конце этой формы.**
- (f) Информация о жилье. Она включает следующую информацию о вашем жилье:
- Статус
 - Исторические сведения, и
 - Поддержка.

Часть 3. Партнеры по уходу, которые передают или получают вашу информацию.

Подписывая документ, вы разрешаете передавать и получать вашу информацию следующим партнерам по уходу:

- Людям и организациям, принимающим участие в:
 - обеспечении здравоохранения,
 - оказании услуг HRSN, и
 - координации медицинского ухода.

Они могут передавать вашу информацию только для целей, описанных в части 1 этой формы. Партнеры по уходу и их подрядчики обязуются соблюдать все законы, касающиеся защиты вашей информации и обмена ею. В число ваших партнеров по уходу могут входить:

- (a) Медицинские учреждения. К ним могут относиться:
 - Больницы
 - Клиники
 - Врачи
 - Аптеки
 - Стоматологи и
 - Специалисты в сфере поведенческого здоровья
- (b) Управление здравоохранения штата Орегон (Oregon Health Authority, ОНА).
- (c) Администратор ОНА, Acentra Health, для получения льгот и платежей по Open Card («Открытой карте») (с оплатой за каждую услугу) ОНР.
- (d) Поставщики услуг по программе HRSN и подрядчики, которые могут предоставлять услуги или поставлять товары по программе HRSN, такие как кондиционеры воздуха, в рамках льгот HRSN. В приложении А приведен список этих поставщиков.

Часть 4. Срок действия разрешения. После подписания этой формы она будет действовать до тех пор, пока не произойдет одно из следующих событий:

- (a) Пройдет 12 месяцев с момента подписания этой формы.
- (b) Вы отзовете (аннулируете) эту форму. Вы можете сделать это любым из следующих способов:
 - Позвонив по номеру телефона: 1-888-834-4304.
 - Отправив письмо по адресу электронной почты: ORHRSN@kepro.com, или
 - По факсу: 1-833-551-2607.
- (c) Вы внесете любые изменения в эту форму. Новая форма вступает в силу с момента отправки изменений. Вы можете сделать это любым из следующих способов:
 - Позвонив по номеру телефона: 1-888-834-4304.
 - Отправив письмо по адресу электронной почты: ORHRSN@kepro.com, или
 - По факсу: 1-833-551-2607.

Часть 5. Ваши права. Подписывая этот документ, вы понимаете и соглашаетесь с тем, что:

- (a) Вы можете отозвать (аннулировать) или изменить эту форму в любое время любым из следующих способов:
 - Позвонив по номеру телефона: 1-888-834-4304.
 - Отправив письмо по адресу электронной почты: ORHRSN@kepro.com, или
 - По факсу: 1-833-551-2607.
- (b) Если вы отзовете (аннулируете) эту форму, партнеры по уходу не смогут остановить передачу информации, которая уже была передана, повторно передана или получена, или удалить ее.
- (c) Вы имеете право получить копию этой формы.
- (d) Ваши партнеры по уходу могут передавать и повторно передавать вашу информацию другим людям или организациям. Однако они могут поступать так только в случае, если это разрешено законодательством или указано в данной форме.
- (e) Вы можете получить список партнеров по уходу, которые получили информацию о вас. Запросить этот список можно любым из следующих способов:
 - Позвонив по номеру телефона 1-888-834-4304.
 - Отправив письмо по адресу электронной почты: ORHRSN@kepro.com, или
 - По факсу 1-833-551-2607.

Вы не обязаны подписывать эту форму. Если вы не подпишете эту форму, команда Open Card выдаст вам копию разрешения на предоставление вам услуг в рамках программы HRSN. Вам нужно будет напрямую обратиться к поставщику услуг по программе HRSN для получения одобренных услуг.

Даже если вы решите не подписывать эту форму, вы:

- Получите все ваши льготы, лечение или уход.
- Получите решение об одобрении или отказе в предоставлении услуг по программе HRSN.
- Вам **не** нужно будет оплачивать услуги HRSN.

Подписывая эту форму, я разрешаю своим партнерам по уходу использовать и передавать мою медицинскую информацию и другую конфиденциальную информацию в целях, указанных в части 1 этой формы.

Если я добровольно указываю свой номер телефона в этой форме, я даю согласие на получение текстовых сообщений или звонков от моих партнеров по уходу (могут применяться стандартные тарифы на сообщения и передачу данных). Мои партнеры по уходу могут написать или позвонить по этому номеру, чтобы сообщить мне о:

- выбранных мной вариантах и о том,
- как может передаваться моя информация.

Ставя отметку в этом поле, я также даю разрешение на передачу информации обо мне относительно расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, полученной от поставщиков, которые обязаны соблюдать федеральные правила по обеспечению конфиденциальности информации об употреблении психоактивных веществ (42 C.F.R. Part 2).

Если вы ставите подпись за себя, заполните первую строку. Если вы ставите подпись за другого человека, заполните вторую и третью строки.

| | | |
|--|------------------------|--------------------|
| Имя и фамилия участника: | Подпись участника: | Дата (мм/дд/гггг): |
| Имя и фамилия представителя: | Подпись представителя: | Дата (мм/дд/гггг): |
| Кем представитель приходится участнику или описание полномочий на подписание за участника: | | |

Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с Челси Эгберт (Chelsea Egbert) по адресу электронной почты chelsea.egbert@oha.oregon.gov или по телефону 503-945-5772 (голосовые и текстовые сообщения). Мы принимаем все звонки, которые на нас переводят.