

**Ủy quyền chia sẻ thông tin
Dịch vụ Nhu cầu Xã hội Liên quan đến Sức khỏe
của Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon**

Tên:	Họ:	Ngày sinh (tháng/ngày/năm):	
Địa chỉ gửi thư:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Số điện thoại:	Email:	ID Medicaid của OHP:	

Chương trình Y tế Oregon (OHP) bao trả miễn phí các dịch vụ Nhu cầu Xã hội Liên quan đến Sức khỏe (Health-Related Social Needs, HRSN) cho quý vị. Dịch vụ HRSN là các hạng mục, hỗ trợ như:

- Điều hòa không khí
- Tủ lạnh mini để bảo quản thuốc
- Bữa ăn đặc biệt phù hợp với tình trạng sức khỏe của quý vị
- Hỗ trợ nhà ở

Nhà cung cấp dịch vụ HRSN là các tổ chức hoặc cá nhân cung cấp dịch vụ HRSN. Nếu quý vị điền vào phiếu này và ký tên bên dưới, quý vị sẽ ủy quyền (cho phép):

- Chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị và các thông tin bảo mật khác chỉ nhằm mục đích trong Phần 1 bên dưới.
- Những tổ chức và những người nhất định sẽ chia sẻ thông tin của quý vị. Họ phải chia sẻ lượng thông tin cần thiết ở mức độ cần thiết để sắp xếp các dịch vụ HRSN ở mức độ ít nhất.

Việc ký tên vào phiếu này **không**:

- Cho phép bất cứ ai chia sẻ thông tin của quý vị với cơ quan cảnh sát hoặc cơ quan nhập cư.
- Có nghĩa là quý vị đồng ý thanh toán cho bất kỳ phúc lợi HRSN nào.

Phần 1. Mục đích chia sẻ thông tin.

Bằng cách ký tên, quý vị ủy quyền (cho phép) để thông tin sức khỏe của quý vị và các thông tin bảo mật khác được chia sẻ để:

- (a) Xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận dịch vụ HRSN hay không
- (b) Giới thiệu quý vị đến, giúp quý vị truy cập hoặc nhận các dịch vụ HRSN và
- (c) Xác định, hỗ trợ, điều phối, thay đổi và thanh toán các dịch vụ HRSN cho quý vị.

Phần 2. Các loại thông tin được chia sẻ.

Bằng cách ký tên, quý vị ủy quyền (cho phép) để các loại thông tin sau đây về quý vị được chia sẻ khi cần cho các mục đích trong Phần 1. Thông tin này chỉ được chia sẻ khi cần thiết.

- (a) Thông tin nhân khẩu học. Thông tin này bao gồm:
 - Tên
 - Tuổi
 - Ngày sinh
 - Địa chỉ
 - Thông tin liên hệ và
 - Bất kỳ nhu cầu nào về khả năng tiếp cận, chẳng hạn như trợ giúp bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác, để truy cập các dịch vụ. Việc này có thể giúp kết nối quý vị với nhà cung cấp dịch vụ HRSN hiểu ngôn ngữ hoặc văn hóa của quý vị.
- (b) Một số thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI). Việc này có thể bao gồm:
 - Khả năng đủ điều kiện Medicaid (OHP) của quý vị
 - Bệnh sử của quý vị:
 - Kết quả xét nghiệm
 - Thuốc sử dụng
 - Tình trạng sức khỏe và
 - Điều trị.
- (c) Thông tin cụ thể về HRSN. Thông tin này bao gồm:
 - Những lý do khiến quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ HRSN, chẳng hạn như tình trạng sức khỏe hoặc hoàn cảnh sống
 - Các dịch vụ HRSN quý vị có thể nhận được và
 - Các nhà cung cấp dịch vụ HRSN đã làm việc với quý vị.
- (d) Thông tin sức khỏe tâm thần. Việc này có thể bao gồm:
 - Chẩn đoán và điều trị sức khỏe tâm thần của quý vị. Thông tin này sẽ chỉ được chia sẻ khi cần thiết. **Việc này không bao gồm các phân ghi**

bệnh án về trị liệu tâm lý. Quý vị phải chấp thuận thêm trong việc chia sẻ những phần ghi bệnh án đó.

- (e) Thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện. Việc này có thể bao gồm:
- Sử dụng rượu hoặc ma túy hiện tại và trước đây của quý vị
 - Chẩn đoán
 - Thuốc và
 - Các chương trình điều trị ngoại trú và điều trị nội trú, và
 - Thông tin về chấn thương quý vị đã bị và đã ảnh hưởng hoặc đang ảnh hưởng đến việc sử dụng rượu hoặc ma túy của quý vị.

Thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc rượu của quý vị từ các nhà cung cấp phải tuân theo các quy định bảo mật về sử dụng chất gây nghiện của liên bang (42 CFR Phần 2) CHỈ có thể được chia sẻ NẾU quý vị đánh dấu vào ô ở cuối phiếu này.

- (f) Thông tin nhà ở. Việc này bao gồm nhà ở của quý vị:
- Trạng thái
 - Lịch sử và
 - Hỗ trợ.

Phần 3. Đối tác Chăm sóc (Care Partners) chia sẻ hoặc nhận thông tin của quý vị.

Bằng cách ký tên, quý vị ủy quyền (cho phép) các đối tác chăm sóc sau có thể chia sẻ và nhận thông tin của quý vị:

- Những người và tổ chức có liên quan đến:
 - Chăm sóc sức khỏe,
 - Dịch vụ HRSN và
 - Việc điều phối chăm sóc.

Họ chỉ có thể chia sẻ thông tin của quý vị cho các mục đích được mô tả trong Phần 1 của phiếu này. Đối tác chăm sóc và nhà thầu của họ đồng ý tuân thủ mọi luật pháp về bảo vệ thông tin của quý vị và chia sẻ thông tin của quý vị. Đối tác Chăm sóc (Care Partners) của quý vị có thể bao gồm như sau:

- (a) Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các nhà cung cấp dịch vụ này có thể bao gồm:
- Bệnh viện
 - Phòng khám
 - Bác sĩ
 - Nhà thuốc
 - Nha sĩ và
 - Nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi.
- (b) Bộ Y tế Oregon (Oregon Health Authority, OHA)
- (c) Người quản lý của OHA, Acentra Health, về các quyền lợi và thanh toán “Open Card” (trả phí để nhận dịch vụ) của OHP.
- (d) Các nhà cung cấp dịch vụ HRSN và nhà cung cấp có thể cung cấp các dịch vụ hoặc hạng mục HRSN, chẳng hạn như máy điều hòa không khí, theo phúc lợi HRSN. Bản đính kèm A liệt kê các nhà cung cấp này.

Phần 4. Thời hạn ủy quyền. Khi quý vị ký tên vào phiếu này, phiếu sẽ có hiệu lực cho đến khi một trong những điều sau xảy ra:

- (a) 12 tháng kể từ ngày quý vị ký tên vào phiếu này.
- (b) Quý vị thu hồi (hủy) phiếu này. Quý vị có thể làm như vậy theo bất kỳ cách nào sau đây:
- Gọi 1-888-834-4304
 - E-mail ORHRSN@kepro.com, hoặc
 - Gửi fax đến 1- 833-551-2607.
- (c) Quý vị thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với phiếu này. Phiếu mới sẽ có hiệu lực vào ngày quý vị gửi các thay đổi. Quý vị có thể làm như vậy theo bất kỳ cách nào sau đây:
- Gọi 1-888-834-4304
 - E-mail ORHRSN@kepro.com, hoặc
 - Gửi fax đến 1- 833-551-2607.

Phần 5. Các quyền của quý vị. Bằng cách ký tên, quý vị hiểu và đồng ý rằng:

- (a) Quý vị có thể thu hồi (hủy) hoặc thay đổi phiếu này bất cứ lúc nào bằng một trong các cách sau:
 - Gọi 1-888-834-4304
 - E-mail ORHRSN@kepro.com, hoặc
 - Gửi fax đến 1- 833-551-2607.
- (b) Nếu quý vị thu hồi (hủy) phiếu này, Đối tác chăm sóc không thể dừng hoặc xóa bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ, đã được chia sẻ lại hoặc đã nhận được.
- (c) Quý vị có quyền nhận được một bản sao của phiếu này.
- (d) Đối tác chăm sóc của quý vị có thể chia sẻ và chia sẻ lại thông tin của quý vị với người hoặc tổ chức khác. Tuy nhiên, họ chỉ được làm như vậy khi pháp luật cho phép hoặc như đã nêu trong phiếu này.
- (e) Quý vị có thể nhận danh sách Đối tác chăm sóc đã nhận được thông tin của quý vị. Để yêu cầu danh sách này, hãy thực hiện theo bất kỳ cách nào sau đây:
 - Gọi 1-888-834-4304
 - E-mail ORHRSN@kepro.com, hoặc
 - Gửi fax đến 1-833-551-2607.

Quý vị không bắt buộc phải ký tên vào phiếu này. Nếu quý vị không ký tên vào phiếu này, nhóm Open Card của quý vị sẽ cung cấp cho quý vị bản sao phê duyệt ủy quyền dịch vụ HRSN của quý vị. Quý vị sẽ cần hỏi trực tiếp nhà cung cấp dịch vụ HRSN về các dịch vụ được phê duyệt.

Ngay cả khi quý vị chọn không ký tên vào phiếu này, quý vị vẫn:

- Sẽ nhận được tất cả các phúc lợi, điều trị hoặc chăm sóc của quý vị.
- Sẽ nhận được quyết định về việc quý vị được chấp thuận hoặc từ chối các dịch vụ HRSN.
- Sẽ **không** phải trả tiền cho các dịch vụ HRSN.

Bằng cách ký tên vào phiếu này, tôi ủy quyền (cho phép) Đối tác chăm sóc của tôi sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cũng như các thông tin bảo mật khác cho các mục đích trong Phần 1 của phiếu này.

Nếu tôi sẵn lòng liệt kê số điện thoại của tôi trên phiếu này, tôi chấp thuận nhận tin nhắn hoặc cuộc gọi từ Đối tác chăm sóc của tôi (có thể phải trả cước tin nhắn và dữ liệu tiêu chuẩn). Đối tác chăm sóc của tôi có thể nhắn tin hoặc gọi tới số này để cho tôi biết về:

- Lựa chọn chấp thuận của tôi và
- Thông tin của tôi có thể được chia sẻ như thế nào.

Bằng cách đánh dấu ô này, tôi cũng ủy quyền (cho phép) chia sẻ thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện của tôi có từ các nhà cung cấp tuân theo các quy định bảo mật về sử dụng chất gây nghiện của liên bang (42 CFR Phần 2).

Nếu quý vị tự ký tên thì hãy điền vào dòng đầu tiên. Nếu quý vị ký thay cho người khác, hãy điền vào dòng thứ hai và dòng thứ ba.

Tên thành viên:	Chữ ký của thành viên:	Ngày (tháng/ngày/năm):
Tên người đại diện:	Chữ ký của người đại diện:	Ngày (tháng/ngày/năm):
Mối quan hệ của người đại diện với thành viên hoặc mô tả thẩm quyền ký tên thay mặt thành viên:		

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác, dưới dạng bản in khổ lớn, chữ nổi hay theo định dạng quý vị mong muốn. Liên hệ với Chelsea Egbert theo địa chỉ chelsea.egbert@oha.oregon.gov hoặc 503-945-5772 (gọi điện và nhắn tin). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.