



Consentimento Informado para Retenção e Divulgação de Informação Pessoal

A fim de oferecer Serviços de Assistência Domiciliária ao abrigo do Massachusetts Programa de Assistência Domiciliária de Massachusetts, a organização Ponto de Acesso aos Serviços (ASAP) de Envelhecimento precisa de recolher informações pessoais e sobre o seu estado de saúde para poder determinar a sua elegibilidade para os benefícios. Os membros da família ou outras organizações envolvidas na prestação dos benefícios que lhe são dispensados poderão ser igualmente contactados a fim de coordenar esses serviços. Toda a informação que vier a ser recolhida será mantida confidencial de acordo com as condições impostas pelas Leis Gerais de Massachusetts (Massachusetts General Laws). Para lhe proporcionar os cuidados adequados e apropriados as entidades seguintes poderão ter acesso a pertinente informação a seu respeito:

- pessoal pertinente/fornecedor, da parte do ASAP, Assuntos da Terceira Idade ou entidade provedora, a fim de verificar a prestação, gerência ou estudo da eficiência dos serviços que lhe estiverem a ser prestados;
- o MassHealth, se pagar alguns dos serviços que está a receber; e
- as pessoas ou entidades que possam estar envolvidas no seu caso de forma a melhor compreenderem as necessidades que sobre si impendem. Possivelmente, dessa informação constarão o seu nome, endereço, número de telefone, contacto em caso de emergência, outros membros do agregado familiar, estado de saúde, capacidade para levar a cabo as tarefas do dia-a-dia, dimensão da ajuda prestada pela família, e de que tipo de ajuda necessita.

Este Formulário de Consentimento não cobre a divulgação da informação sobre a condição do HIV. Para divulgar informação sobre a condição do HIV deverá ser utilizado um formulário em separado.

Os seus direitos: Assiste-lhe o direito a:

- inquirir sobre onde e como é mantida a informação;
- opor-se ao conteúdo da informação recolhida e mantida;
- inspeccionar (ou fotocopiar à sua própria custa) os conteúdos do ficheiro do seu caso;
- solicitar que não seja divulgada determinada informação para outras organizações; e
- solicitar que não sejam contactados determinados membros da sua família.

Ao requerente: Com a assinatura deste formulário está a autorizar que o ASAP compartilhe com o pessoal pertinente esta informação pessoal a seu respeito e sobre o seu estado de saúde.

Assinatura: _____ Data: _____

Comentários: _____