



## Разрешение на хранение и предоставление личных данных, основанное на полученной информации

В целях предоставления услуг ухода на дому в соответствии с Программой ухода на дому штата Массачусетс Пункт предоставления услуг для пожилых (Aging Services Access Point) должно собирать личную и медицинскую информацию о вас, чтобы установить наличие у вас права на получение услуг. Агентство также может обращаться за информацией к вашим родственникам или другим организациям, участвующим в уходе за вами, в целях координации вашего обслуживания. Вся собранная информация будет храниться в тайне согласно требованиям Общего законодательства штата Массачусетс. Для предоставления вам надлежащего и качественного обслуживания, доступ к вашей личной информации может быть предоставлен следующим лицам и организациям:

- соответствующему работнику/подрядчику пункта ASAP, Исполнительного органа управления по делам пожилых (ЕОЕА) или обслуживающей организации в целях предоставления услуг, контроля или анализа эффективности предоставляемых вам услуг;
- программе MassHealth, если некоторые из ваших услуг оплачиваются программой MassHealth; и
- тем, кто участвует в вашем уходе, чтобы они могли понять ваши потребности. Информация будет, вероятно, включать ваше имя, адрес, телефон, лицо для контакта в экстренной ситуации, других членов семьи, состояние здоровья, способность справляться с ежедневными задачами, объем участия родственников в вашем уходе и вид необходимой помощи.

**Настоящее разрешение не включает в себя разрешение на раскрытие информации, связанной с вашим статусом ВИЧ. Для раскрытия такой информации необходимо использовать отдельный документ.**

**Ваши права:** Вы имеете право:

- узнать, где и как хранится ваша информация;
- не согласиться с содержанием собранной и хранящейся информации;
- ознакомиться с содержанием вашего дела и сделать его копии (за свой счет);
- потребовать не предоставлять вашу информацию определенным организациям; и
- потребовать не обращаться к определенным родственникам.

**Заявителю:** Подписывая этот документ, вы разрешаете пункту ASAP раскрывать соответствующую личную и медицинскую информацию, касающуюся вас.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Примечания: \_\_\_\_\_