



Mẫu Đơn Chấp Thuận Để Lưu Giữ Và Tiết Lộ Dữ Kiện Cá Nhân

Để cung cấp các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Gia theo Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Gia (Home Care Program) của Tiểu Bang Massachusetts, cơ quan Aging Services Access Point (ASAP) phải thu thập các dữ kiện cá nhân và y tế để quyết định tình trạng hội đủ điều kiện nhận dịch vụ. Các thành viên trong gia đình hoặc các tổ chức khác tham gia vào việc chăm sóc cho quý vị cũng có thể được liên lạc để phối hợp các dịch vụ của quý vị. Tất cả các dữ kiện thu thập, sẽ được giữ kín theo qui định của các Điều Luật Tổng Quát Tiểu Bang Massachusetts. Để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc đầy đủ và thích hợp nhất, các thành viên sau đây có thể tiếp cận các dữ kiện liên quan tới quý vị:

- nhân viên/nhà thầu thích hợp từ ASAP, Văn Phòng Điều Hành Sự Vụ Cho Người Cao Niên, hoặc cá nhân/tổ chức cung cấp dịch vụ để cung cấp, quản lý, hoặc tìm hiểu tính hiệu quả của các dịch vụ mà quý vị nhận được;
- nếu MassHealth đang đòi hỏi cho một số dịch vụ cho quý vị; và
- một số dữ kiện sẽ được cung cấp cho những người có thể liên quan tới việc chăm sóc cho quý vị để họ hiểu về các nhu cầu của quý vị. Dữ kiện này có thể sẽ bao gồm tên của quý vị, địa chỉ, số điện thoại, địa chỉ liên lạc trong trường hợp khẩn cấp, các thành viên khác trong gia đình, tình trạng sức khỏe, khả năng thực hiện các sinh hoạt hàng ngày, mức độ trợ giúp của gia đình, và biện pháp trợ giúp cần thiết.

Mẫu đơn chấp thuận này không bao gồm trường hợp tiết lộ dữ kiện về tình trạng HIV. Phải sử dụng mẫu đơn chấp thuận riêng cho trường hợp tiết lộ dữ kiện về tình trạng HIV.

Các quyền của quý vị: Quý vị có quyền:

- hỏi về địa điểm và cách thức lưu giữ dữ kiện;
- phản đối nội dung của các dữ kiện được thu thập và lưu giữ;
- kiểm tra (hoặc in chụp bản sao với chi phí do quý vị tự trả) các tài liệu trong hồ sơ của quý vị;
- yêu cầu không được tiết lộ một số dữ kiện nhất định cho các tổ chức khác; và
- yêu cầu không được liên lạc với một số thành viên trong gia đình.

Dành Cho Đường Đơn: Khi ký mẫu đơn này, quý vị cho phép ASAP tiết lộ dữ kiện sức khỏe và dữ kiện cá nhân thích hợp của quý vị.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Ý kiến nhận xét: _____

