



## Cho Phép Tiết Lộ Về Tình Trạng HIV

**Thân gửi đương đơn:** Dữ kiện cá nhân liên quan tới tình trạng về HIV của quý vị đã được tiết lộ cho:

Cơ quan Aging Services Access Point (ASAP)

### Các quyền của quý vị

- Quý vị có quyền yêu cầu giữ kín dữ kiện này.
- Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ của Chương Trình Chăm Sóc Tại Gia (Home Care Program), quý vị có quyền nhận các dịch vụ cho dù quý vị quyết định như thế nào về việc xử lý dữ kiện liên quan tới tình trạng về HIV của quý vị.
- Quý vị có quyền thông báo cho cơ quan ASAP các nguyện vọng của quý vị về việc tiết lộ dữ kiện liên quan tới tình trạng về HIV của quý vị cho các cơ quan tham gia chăm sóc cho quý vị.

**Các lợi ích có thể có** của việc cho phép tiết lộ có giới hạn về tình trạng HIV bao gồm cơ quan ASAP, những người chăm sóc, và quý vị cùng hiểu biết và cùng ra quyết định về các lựa chọn chăm sóc sức khỏe thích hợp cho quý vị.

**Các nguy cơ có thể xảy ra** của việc cho phép tiết lộ có giới hạn dữ kiện này bao gồm tình trạng về HIV của quý vị có thể được tiết lộ mà không được phép.

### Các lựa chọn của quý vị

Xin đánh dấu vào **một** lựa chọn:

- ☐ Tôi **không** cho phép tiết lộ tin tức về tình trạng HIV của tôi.
- ☐ Tôi **chỉ** cho phép các nhân viên ASAP thích hợp tiếp cận các dữ kiện về tình trạng HIV của tôi để thu xếp các dịch vụ cho tôi.
- ☐ Tôi **chỉ** cho phép các nhân viên ASAP thích hợp và các nhân viên của các tổ chức hoặc các cơ sở có trách nhiệm trực tiếp chăm sóc cho tôi tiếp cận dữ kiện về tình trạng HIV của tôi để thu xếp các dịch vụ cho tôi.

**Xin đọc kỹ mẫu đơn này trước khi ký tên.** Quý vị đang thông báo cho cơ quan Aging Services Access Point (ASAP) về các chỉ thị của quý vị liên quan tới việc tiết lộ dữ kiện về tình trạng HIV của quý vị.

Chữ ký của đương đơn

Ngày

**Dành cho cơ quan ASAP:** Nếu đương đơn không chọn một trong các lựa chọn ở trên hoặc không muốn ký mẫu đơn này, dữ kiện về tình trạng HIV của người đó sẽ được tuyệt đối giữ kín.