



### **ASAP-Name und Kontaktinformationen**

## **Antragstellerformular zur Einwilligung und Offenlegung**

Zugangspunkt für Alterungsdienste (Aging Services Access Point, ASAP) muss persönliche und gesundheitliche Daten erheben, um Ihre Anspruchsberechtigung für Dienstleistungen und die Koordination der Pflege festzustellen, damit häusliche Pflegedienste im Rahmen des Massachusetts Heimpflege Programm (Massachusetts Home Care Program) angeboten werden können. An Ihrer Pflege beteiligte Familienangehörige, Ärzte und gemeinnützige Einrichtungen können ebenfalls kontaktiert werden, um Ihre Dienstleistungen zu koordinieren. Alle erfassten Informationen werden gemäß den Anforderungen der Allgemeine Gesetz von Massachusetts (Massachusetts General Laws) vertraulich behandelt. Folgende Parteien haben möglicherweise Zugriff auf relevante Informationen über Sie, um Ihnen eine angemessene und geeignete Pflege zukommen zu lassen:

- geeignetes Personal/Auftragnehmer vom ASAP, Ältestenangelegenheiten (Elder Affairs) oder Anbieter zum Zweck der Erbringung und Verwaltung Ihrer Dienstleistungen;
- MassHealth, wenn darüber bestimmte Dienstleistungen für Sie bezahlt werden; und
- Personen, die Sie möglicherweise pflegen, damit diese ein Bild von Ihren Bedürfnissen erhalten. Die Informationen werden wahrscheinlich Ihren Namen, Ihre Adresse, Telefonnummer, Kontaktperson für Notfälle, andere Haushaltsmitglieder, Ihren Gesundheitszustand, Ihre Fähigkeiten zur Bewältigung alltäglicher Aufgaben, das Ausmaß der familiären Hilfe und die Art der benötigten Unterstützung umfassen.

**Dieses Einwilligungsformular gilt nicht für die Freigabe von Informationen über den HIV-Status. Für die Freigabe von Informationen über den HIV-Status ist ein separates Formular zu verwenden.**

**Ihre Rechte:** Sie haben das Recht:

- zu fragen, wo und wie die Informationen gespeichert werden;
- Einspruch dagegen zu erheben, welche Informationen erfasst und gespeichert werden;
- den Inhalt Ihrer Akte einzusehen und zu kopieren (auf Ihre Kosten);
- darum zu bitten, dass bestimmte Informationen nicht an andere Einrichtungen weitergegeben werden; und
- darum zu bitten, dass bestimmte Familienangehörige nicht kontaktiert werden.

## **I. Einverständniserklärung**

**Einverständnis zum Empfang und zur Aufbewahrung von Informationen** (zutreffende Punkte ankreuzen)

[  ] Ich erkläre mich damit einverstanden, dass [ASAP] die in meiner Akte enthaltenen relevanten Informationen zur Koordination meiner Dienstleistungen an die an meiner Betreuung beteiligten Ärzte oder Gemeinschaftseinrichtungen weitergibt.

- Ich bin damit einverstanden, dass [ASAP] meine persönlichen und/oder gesundheitlichen Daten wie unten angegeben an meine Familie, meine Betreuungsperson(en) und/oder andere festgelegte Personen weitergibt.

---

---

- Ich gestatte ASAP nicht, meine persönlichen oder gesundheitlichen Daten an folgende Personen oder Einrichtungen (siehe unten) weiterzugeben.

---

---

### **Zustimmung zu Anmeldung und Dienstleistungen**

- Ich beantrage bei [ASAP] die Dienstleistungen, die im ursprünglichen Dienstleistungsplan (die „Dienstleistungen“) aufgeführt sind, der heute von mir und dem Mitarbeiter von [ASAP], der dieses Formular unterzeichnet hat, ausgefüllt wurde.

Die Dienstleistungen wurden mir beschrieben und meine Fragen beantwortet. Mir ist bekannt, dass diese Dienstleistungen von [ASAP]-Mitarbeitern überprüft werden und gegebenenfalls geändert werden können. Mir ist bekannt, dass mein Care Manager mit mir über alle vorgeschlagenen Änderungen sprechen wird.

Ich werde [ASAP] über alle von der Gemeinde oder über die Gesundheitsversorgung geleisteten Dienstleistungen informieren.

Mir ist bekannt, dass ich [ASAP] anrufen und weitere Fragen stellen kann. Mir ist bekannt, dass ein Mitarbeiter von [ASAP] mich in angemessenen Abständen erneut besuchen wird, um festzustellen, ob ich noch anspruchsberechtigt bin, und die Dienstleistungen meinen Bedürfnissen entsprechen.

### **II. Erhalt von Informationen**

Ich habe Informationen zu den unten angekreuzten Themen erhalten. Ich werde [ASAP] anrufen, wenn ich Fragen zu diesen Informationen habe.

- Meine Rechte und Pflichten als (ASAP)-Kunde
- Hinweis zum Datenschutz (HIPAA-Hinweis)
- Meine Widerspruchsrechte beim Zugangspunkt für Alterungsdienste
- Informationen zu Gesundheit und Sicherheit bei öffentlichen Notfällen
- Informationen über Programme und Dienstleistungen
- Ursprünglicher Dienstleistungsplan – ich habe den ursprünglichen Dienstleistungsplan, der unter meiner Beteiligung erstellt wurde, unterzeichnet und eine Kopie davon erhalten.
- Sonstige Informationen: \_\_\_\_\_

### III. Offenlegung von Einkommensinformationen (zutreffende Informationen ankreuzen)

Als MassHealth-Bezieher muss ich Angaben zu meinem Einkommen machen; das Einkommen meines Ehepartners wird gesondert berücksichtigt.

Als MassHealth-Empfänger ohne Ausnahmeregelung muss ich Auskunft über mein Einkommen sowie ggf. das Einkommen meines Ehepartners geben. Ich bin für die Zahlung eines Kostenanteils (siehe unten) verantwortlich, wenn das Gesamteinkommen über 300 % des Sozialversicherungssatzes (Social Security Insurance Federal Benefit Rate, SSI FBR) liegt.

Als Nicht-MassHealth-Empfänger muss ich über mein Einkommen sowie gegebenenfalls das Einkommen meines Ehepartners informieren und mich an den Kosten wie unten angegeben beteiligen.

Ich bestätige, dass meine Angaben zu meinem Einkommen vollständig sind. Diese Angaben entsprechen meines Wissens der Wahrheit und sind korrekt. Ich bestätige, dass mein Gesamteinkommen und, falls erforderlich, das Gesamteinkommen meines Ehepartners \$ \_\_\_\_\_ entspricht. Meine erwartete monatliche Zahlung wird \$ \_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_ % nicht übersteigen.

Mir ist bekannt, dass Informationen über mein Einkommen sowie falls zutreffend auch über das Einkommen meines Ehepartners bei Änderungen meines Einkommens oder jährlich erhoben werden.

Mir ist bekannt, dass mein Betrag, falls zutreffend, aus den jährlich angepassten Kostenbeteiligungsplänen stammt. **Mir ist bekannt, dass der Betrag von Ältestenangelegenheiten geändert werden kann, und ich über eine solche Änderung dreißig Tage vorher informiert werde.**

Ich erkläre mich bereit, die Zahlung monatlich zu leisten oder [ASAP] mitzuteilen, wenn ich dazu nicht in der Lage bin. Mir ist bekannt, dass meine Dienstleistungen eingestellt werden können, wenn ich den erforderlichen Kostenanteil nicht erbringe. Mir ist bekannt, dass ich möglicherweise berechtigt bin, eine Reduzierung des Kostenanteils zu erhalten, wenn meine Ausgaben erforderliche Richtlinien erfüllen, und dass es in meiner Verantwortung liegt, eine Überprüfung der Kostenbeteiligung von [ASAP] zu beantragen.

Ich werde zusätzliche Informationen aus anderer Quelle/zum einem späteren Zeitpunkt vorlegen. Mir ist bewusst, dass die Fortführung der Dienstleistungen von der Vorlage dieser Einkommensangaben abhängt und die Dienstleistungen möglicherweise eingestellt werden, wenn ich der von meinem Gesamteinkommen und gegebenenfalls vom Einkommen meines Ehepartners abhängigen Kostenbeteiligung nicht zustimme.

### IV. Unterschriften/Daten

**Antragsteller:** Mit Ihrer Unterzeichnung dieses Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass ASAP entsprechende persönliche und gesundheitliche Informationen über Sie weitergibt.

_____	_____
Kunde	Datum
_____	_____
Vertreter (Verwandschaftsgrad angeben)	Datum
_____	_____
Gutachter und Titel	Datum