



الاسم ومعلومات التواصل الخاص بمقدم الطلب لـ ASAP

نموذج موافقة وإفصاح مقدم الطلب

من أجل توفير خدمات الرعاية المنزلية في إطار برنامج الرعاية المنزلية في ماساتشوستس (Massachusetts Home Care Program)، يجب أن تقوم نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (Aging Services Access Point, ASAP) بجمع المعلومات الشخصية والصحية؛ لإثبات أهليتك للخدمات وتنسيق الرعاية. يمكن أيضاً الاتصال بأفراد الأسرة، وممارسي الرعاية الصحية، ومنظمات الخدمات المجتمعية التي قد تشارك في رعايتك؛ من أجل تنسيق خدماتك. سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم جمعها بسرية، بموجب متطلبات قوانين ماساتشوستس العامة. من أجل توفير الرعاية الكافية والمناسبة لك، قد تتمكن الأطراف التالية من الوصول إلى المعلومات ذات الصلة عنك:

- الموظف/المتعهد المناسب من نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)، أو شؤون المسنين، أو مقدمي الخدمات، لغرض توفير وإدارة خدماتك؛
- MassHealth إذا كانت تدفع مقابل بعض خدماتك؛ و
- والذين قد يشاركون في رعايتك، حتى يتمكنوا من فهم احتياجاتك. من المحتمل أن تتضمن المعلومات اسمك وعنوانك ورقم هاتفك، وجهة الاتصال في حالات الطوارئ، وأفراد الأسرة الآخرين، وظروفك الصحية وقدرتك على إكمال المهام اليومية، ومدى المساعدة العائلية المقدمة، وأنواع المساعدة المطلوبة.

لا يغطي نموذج الموافقة هذا إصدار معلومات عن حالة فيروس نقص المناعة البشرية. يجب استخدام نموذج منفصل لإصدار معلومات عن حالة فيروس نقص المناعة البشرية.

الحقوق الخاصة بك: لديك الحق في:

- السؤال عن مكان وكيفية الاحتفاظ بالمعلومات؛
- الاعتراض على المعلومات التي يتم جمعها والاحتفاظ بها؛
- الاطلاع على محتويات ملف حالتك، ونسخها (على نفقتك الخاصة)؛
- طلب عدم الكشف عن معلومات معينة لمنظمات أخرى؛ و
- طلب عدم الاتصال ببعض أفراد الأسرة.

1. الموافقة

الموافقة على تلقي المعلومات والاحتفاظ بها (حدد المربعات المناسبة)

[] أمنح الإذن لـ [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)] لمشاركة المعلومات ذات الصلة الواردة في سجلي؛ لغرض تنسيق خدماتي مع أي من ممارسي الرعاية الصحية أو منظمات الخدمات المجتمعية التي قد تشارك في رعايتي.

[] أمنح الإذن لنقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP) لمشاركة معلوماتي الشخصية و/أو الصحية، مع عائلتي ومقدمي الرعاية و/أو الأفراد المعينين الآخرين على النحو المحدد أدناه.

[] لا أُمَنح إذنِي لِنقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP) لمشاركة معلوماتي الشخصية أو الصحية، مع الأشخاص أو المنظمات التالية على النحو المحدد أدناه.

الموافقة على التسجيل والخدمات

[] أُنقَدِم بطلب إلى [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)] للحصول على الخدمات المدرجة في خطة الخدمة الأولية («الخدمات»)، التي أكملتها اليوم أنا وموظف [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)] الذي وقع على هذا النموذج.

تم شرح الخدمات لي، وتمت الإجابة عن أسئلتِي. أفهم أن هذه الخدمات ستتم مراجعتها من قبل موظفي [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)]، ويمكن تعديلها إذا لزم الأمر. أفهم أن مدير الرعاية الخاص بي سيتشاور معي بشأن أي تغييرات مقترحة.

سوف أشارك مع [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)] أي خدمات متعلقة بالمجتمع، أو بالرعاية الصحية التي أتلقاها.

أفهم أنني قد أتصل بـ [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)] إذا كان لدي المزيد من الأسئلة. أفهم أن أحد موظفي [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)] سيزورني مرة أخرى على فترات زمنية مطلوبة؛ للتأكيد على أنني ما زلت مؤهلاً وأن الخدمات تلبي احتياجاتي.

II. تلقي المعلومات

لقد تلقيت معلومات بخصوص الموضوعات التي تم فحصها أدناه. سأتصل بـ [نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)] إذا كانت لدي أي أسئلة حول هذه المعلومات.

[] [حقوقِي ومسؤولياتِي كمستهلك في (نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP))

[] [إشعار ممارسات الخصوصية (إشعار قانون التأمين الصحي والمسائلة)

[] [حقوق الاستئناف الخاصة بي إلى نقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP)

[] [معلومات الصحة والسلامة العامة في حالات الطوارئ

[] [معلومات البرنامج والخدمة

[] [خطة الخدمة الأولية - لقد وقعت واستلمت نسخة من خطة الخدمة الأولية التي تم إنشاؤها بمشاركتي.

[] [معلومات أخرى: _____

III. الكشف عن معلومات الدخل (حدد المربعات المناسبة)

[] بصفتي متلقيًا للإعفاء من MassHealth، سيطلب مني تقديم معلومات حول دخلي؛ سيتم النظر في دخل زوجتي بشكل منفصل.

[] بصفتي متلقيًا لـ MassHealth بدون إعفاء، سيطلب مني تقديم معلومات حول دخلي، بالإضافة إلى دخل زوجتي إن أمكن، وسأكون مسؤولاً عن دفع حصة التكلفة على النحو المحدد أدناه، إذا كان إجمالي الدخل يزيد عن 300٪ من معدل المزايا الفيدرالية لتأمين الضمان الاجتماعي (SSI FBR).

[] بصفتي متلقيًا غير تابع لـ MassHealth، سيطلب مني تقديم معلومات حول دخلي، بالإضافة إلى دخل زوجتي إن أمكن، وسأكون مسؤولاً عن دفع حصة التكلفة على النحو المحدد أدناه.

[] أوافق على أنني قدمت معلومات كاملة عن دخلي. هذه المعلومات حقيقية وصحيحة بقدر ما أعرف. أوافق على أن إجمالي دخلي، وإذا لزم الأمر، إجمالي دخل زوجتي يساوي \$_____. لن تتجاوز الدفعة التي يتوقع مني سدادها كل شهر، إن وجدت، \$_____ أو _____%.

أفهم أن معلومات الدخل الخاصة بي وكذلك دخل زوجتي، إن أمكن، سيتم جمعها عندما تكون هناك تغييرات في دخلي، أو تغييرات على أساس سنوي.

أفهم أن دفعتي، إن وجدت، تأتي من جداول تقاسم التكاليف التي يتم تعديلها كل عام. أفهم أنه قد يتم تغيير السعر من قبل قسم شؤون المسنين، وأنه سيتم إعطائي إشعارًا مدته ثلاثون يومًا بأي تغيير من هذا القبيل.

[] أوافق على تسديد الدفعة شهريًا، أو إخبار [نقطة الوصول لخدمات المسنين (ASAP)] إذا لم أتمكن من القيام بذلك. أفهم أنه إذا لم أقم بمشاركة التكلفة المطلوبة، فقد تنتهي خدماتي. أفهم أنني قد أكون مؤهلاً لخفض حصة التكلفة، إذا كانت نفقاتي تفي بالإرشادات اللازمة، وأنه من مسؤوليتي طلب مراجعة تخفيض حصة التكلفة من قبل [نقطة الوصول لخدمات المسنين (ASAP)].

[] سأقدم معلومات إضافية من مصدر آخر/في وقت لاحق. أدرك أن استمرار الخدمات يعتمد على تقديم معلومات الدخل هذه، وإذا لم أوافق على مشاركة التكلفة المرتبطة بدخلي الإجمالي، بما في ذلك دخل زوجتي إن أمكن، فقد تنتهي هذه الخدمات.

IV. التواريخ/التواريخ

إلى مقدم الطلب: من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنك تسمح لنقطة الوصول لخدمات الشيخوخة (ASAP) بمشاركة المعلومات الشخصية والصحية المناسبة عنك.

المستهلك	تاريخ
الممثل (تحديد العلاقة)	تاريخ
المقيم والمسمى الوظيفي	تاريخ