



Pahintulot ng Kliyente ng AIDS Drug Assistance Program (ADAP) hinggil sa Pagkolekta ng at Awtorisasyon para Ipaalam ang Personal at Medikal na Impormasyon

Ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ay isang programang pang-subsidiya na pinangangasiwaan ng California Department of Public Health (CDPH), Office of AIDS, upang magbigay ng mga paggamot gamit ng inireresetang gamot at iba pang mga serbisyong pangkalusugan sa mga taong mayroong human immunodeficiency virus (HIV). Kabilang sa ADAP ang mga programang pantulong kaugnay ng inireresetang gamot at insurance. Ang mga indibidwal na nag-aaplay para sa mga serbisyo ng ADAP ay dapat makaabot sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado. Nakalaan lamang ang mga serbisyo para sa mga taong naninirahan sa California, mga walang insurance o di-sapat ang saklaw ng insurance, mga hindi ganap na saklaw sa Medi-Cal, at mga may modified adjusted gross income na hanggang 500 porsyento ng pederal na antas ng kahirapan (federal poverty level) batay sa laki ng pamilya at kita ng sambahayan. Nakikipagkontrata ang CDPH sa mga enrollment agency at iba pang mga entidad (sa kabuuan, "mga ahente") upang tumulong sa pangangasiwa ng ADAP.

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinahihintulutan mo ang CDPH at mga ahente nito na kumuha ng impormasyon tungkol sa iyo mula sa ibang mga ahensya ng estado at pederal na pamahalaan o sa iyong (mga) tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan upang matiyak ang iyong pagiging kwalipikado para sa ADAP. Pinahihintulutan mo rin ang mga enrollment agency na mangolekta ng impormasyon mula sa iyo para maienrol ka sa ADAP.

Kasama sa impormasyong pinahihintulutan mong makuha ng CDPH at mga ahente nito ay ang iyong pangalan, petsa ng kapanganakan, Numero ng Social Security, kita, demograpikong datos, mga resulta ng pagsusuri sa HIV, diagnosis at iba pang medikal na impormasyon, at impormasyon sa mga benepisyo pangkalusugan.

Ang mga awtorisadong tauhan lamang sa mga ahente ng CDPH ang magkakaroon ng akses sa iyong impormasyon, at nakabatay lamang sa kung kailangan itong malaman, gaya ng iniaatas sa ilalim ng batas ng California at Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). May mga kasunduan sa pagiging kumpidensyal para mapanatiling kumpidensyal ang impormasyon ng kliyente maliban sa espesipikong awtorisasyon ng kliyente o kung hindi man ay pinahihintulutan ng batas. Ang ibinigay na impormasyon ay maaaring muling ibigay at hindi na protektado kung ito ay ipinaalam sa sinuman maliban sa isang sakop na entidad.

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinahihintulutan mo ang CDPH, at mga ahente nito na kasama sa pangangasiwa ng ADAP, na kolektahin at gamitin ang iyong impormasyon at pinapayagan mo ang pagbibigay nila ng impormasyon tungkol sa iyo para sa mga sumusunod na layunin:

- Para at mula sa isa't isa upang tiyakin ang pagiging kwalipikado sa programa at para sa koordinasyon ng pangangalaga at mga benepisyo, pagsubaybay at pagsusuri sa programa, at iba pang mga layuning direktang konektado sa pangangasiwa ng ADAP.
- Para at mula sa isa't isa upang sumunod sa mga kinakailangang pang-estado at pederal na pag-uulat.
- Para at mula sa Department of Health Care Services, Franchise Tax Board, Covered California, Centers for Medicare and Medicaid Services, at iba pang mga ahensya ng pederal na pamahalaan at estado kung kinakailangan upang matiyak ang pagiging kwalipikado sa programa at iba pang mga layuning may direktang kaugnayan sa pangangasiwa ng ADAP.
- Para at mula sa iyong (mga) tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan upang tiyaking maayos ang saklaw ng singil na babayaran para sa gamot at iba pang mga layuning direktang konektado sa pangangasiwa ng ADAP.
- Para at mula sa mga programang pinondohan ng Ryan-White hinggil sa pag-aasikaso sa pagiging kwalipikado at pangangalaga ng kliyente.
- Para at mula sa iyong lokal na kagawaran ng kalusugan para sa pagsubaybay at pagsusuri sa programa at upang mapadali ang pagkonekta sa pangangalaga.

- Para at mula sa Auditor ng Estado ng California, California Center for Data Insights and Innovations, California Office of Information Security, o iba pang mga ahensya ng estado at pederal na pamahalaan ayon sa iniaatas ng batas.

Sa ilalim ng batas ng pederal na pamahalaan at estado, isang huling tagapagbayad (payer of last resort) ang ADAP. Kung matukoy na dapat binayaran ng ibang pederal, pang-estado, o pribadong entidad ang mga serbisyo o item na nakuha mula sa ADAP, maaaring ipaalam ng ADAP o mga ahente nito ang iyong impormasyon sa mga entidad na iyon para sa layuning maibalik ang ibinayad. Ang prosesong ito ay posibleng humantong sa isang paliwanag ng mga benepisyo na maaaring ipadala sa pangunahing policyholder, na maaaring hindi mismo ang kliyente ng ADAP.

Para sa mga nakaenrol o nag-aaplay sa mga programang pantulong ng ADAP kaugnay ng insurance, na nagbibigay ng pambayad sa health insurance premium at tulong sa pagbabayad sa medikal na gastusing hinuhugot sa sariling bulsa para sa mga kwalipikadong kliyente ng ADAP, sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinahihintulutan mo ang CDPH at mga ahente nito na ibigay ang iyong impormasyon sa mga plano sa health insurance, tagapangasiwa ng Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA), tagapag-empleyo, at mga plano sa health insurance na pinangangasiwaan ng tagapag-empleyo kung kinakailangan upang matiyak ang iyong pagiging kwalipikado at para sa iba pang layunin na direktang konektado sa pangangasiwa ng ADAP.

Para sa mga nakaenrol sa ADAP na walang insurance, sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinahihintulutan mo ang CDPH at mga ahente nito na magbahagi ng impormasyon tungkol sa iyo upang magsaayos ng mga serbisyong paggabay hinggil sa komprehensibong pagsaklaw na pangkalusugan para sa layuning matiyak na mananatiling huling tagapagbayad (payer of last resort) ang ADAP.

_____ (Inisyal dito para mag-opt-in). Ang Medical Monitoring Project (MMP) ay isang taunang survey na nangangalap ng impormasyon tungkol sa mga natatanging karanasan sa buhay (lived experiences) ng mga taong may HIV sa Estados Unidos. Pinamumunuan ito ng estado at lokal na mga kagawaran ng kalusugan sa tulong ng Centers for Disease Control and Prevention. Ang mga kalahok ay random na pinipili. Sa pamamagitan ng paglagay ng inisyal dito, pinahihintulutan mo ang mga kawani sa pag-enrol sa CDPH at ADAP na ibigay ang impormasyon tungkol sa iyo sa iyong lokal na kagawaran ng kalusugan para sa layuning tulungan ang iyong lokal na kagawaran ng kalusugan na makakuha ng tumpak at pinakabagong impormasyon tungkol sa mga indibidwal na napili para sa MMP.

Sumasang-ayon ka na ang iyong pahintulot at awtorisasyon sa form na ito ay mananatiling may bisa sa loob ng dalawang taon mula sa petsa ng iyong lagda sa ibaba, at ang digital o photocopy ng form na ito ay ituturing na balido gaya ng orihinal.

May karapatan kang baguhin o bawiin ang pahintulot at awtorisasyon na ito sa pamamagitan ng pagsulat at pakikipag-ugnayan sa cdphmedassistfax@cdph.ca.gov. May karapatan ka ring tumanggap ng kopya ng form na ito.

Sumasang-ayon ako at pinahihintulutan ko ang pagkolekta, paggamit at pagbigay ng aking personal na impormasyon gaya ng nakasaad sa itaas.

Pangalan ng Kliyente/Kinatawan*: _____
(Naka-print)

Lagda ng Kliyente/Kinatawan: _____ Petsa: _____

*Kung pumipirma ka bilang legal na kinatawan sa ngalan ng kliyente, magbigay ng dokumentasyon na nagpapatunay sa iyong pagtatalaga bilang legal na kinatawan ng kliyente.