



Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS (ADAP)

Đồng Thuận Của Khách Hàng Về Việc Thu Thập Và Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin Cá Nhân Và Y Tế

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS (ADAP) là một chương trình trợ cấp do Sở Y Tế Công Cộng California (CDPH), Văn Phòng AIDS điều hành, nhằm cung cấp các phương pháp điều trị bằng thuốc theo toa và các dịch vụ y tế khác cho những người bị nhiễm vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV). Chương trình ADAP bao gồm hỗ trợ thuốc theo toa và các chương trình hỗ trợ bảo hiểm. Các cá nhân nộp đơn đăng ký dịch vụ ADAP phải đáp ứng các tiêu chuẩn về tính đủ điều kiện. Dịch vụ chỉ áp dụng cho những người cư trú tại California không có bảo hiểm hoặc có bảo hiểm không đầy đủ, không được Medi-Cal chi trả toàn bộ, và có tổng thu nhập sau điều chỉnh đã sửa đổi (MAGI) lên đến 500% mức nghèo liên bang dựa trên quy mô gia đình và thu nhập hộ gia đình. CDPH ký hợp đồng với các cơ quan ghi danh và các tổ chức khác (gọi chung là “đại lý”) để giúp điều hành ADAP.

Bằng việc ký tên vào mẫu đơn này, quý vị ủy quyền cho CDPH và các đại lý của CDPH thu thập thông tin về quý vị từ các cơ quan tiểu bang và liên bang khác hoặc (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xác minh tính đủ điều kiện tham gia ADAP của quý vị. Quý vị cũng ủy quyền cho các cơ quan ghi danh thu thập thông tin từ quý vị để ghi danh quý vị vào chương trình ADAP.

Thông tin mà quý vị ủy quyền cho CDPH và các đại lý của CDPH thu thập bao gồm tên, ngày sinh, Số An Sinh Xã Hội, thu nhập, dữ liệu nhân khẩu học, kết quả xét nghiệm HIV, chẩn đoán và thông tin y tế khác, cũng như thông tin phúc lợi y tế của quý vị.

Chỉ các nhân viên được ủy quyền tại các đại lý của CDPH mới có quyền truy cập vào thông tin của quý vị và chỉ trên cơ sở cần phải biết, theo yêu cầu của luật pháp California và Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình Và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe năm 1996 (HIPAA). Các thỏa thuận bảo mật được áp dụng để giữ bí mật thông tin khách hàng trừ khi có sự cho phép cụ thể của khách hàng hoặc được luật pháp cho phép. Thông tin được tiết lộ có thể bị tiết lộ lại và không còn được bảo vệ nếu thông tin đó được tiết lộ cho bất kỳ ai không phải là tổ chức được bảo vệ.

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, quý vị ủy quyền cho CDPH và các đại lý của CDPH tham gia vào việc điều hành ADAP thu thập và sử dụng thông tin của quý, đồng thời quý vị đồng ý cho phép họ tiết lộ thông tin về quý vị cho các mục đích sau:

- Trao đổi thông tin với nhau để xác minh tính đủ điều kiện tham gia chương trình và để điều phối các quyền lợi và dịch vụ chăm sóc, theo dõi và đánh giá chương trình và các mục đích khác liên quan trực tiếp đến việc điều hành ADAP.
- Trao đổi thông tin với nhau để tuân thủ các yêu cầu báo cáo của tiểu bang và liên bang.
- Trao đổi thông tin với Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Sở Thuế Tiểu Bang, Covered California, Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid cũng như các cơ quan tiểu bang và liên bang khác khi cần thiết để xác minh tính đủ điều kiện tham gia chương trình và các mục đích khác liên quan trực tiếp đến việc điều hành ADAP.
- Trao đổi thông tin giữa (các) nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe của quý vị để điều phối việc thanh toán thuốc men và các mục đích khác liên quan trực tiếp đến việc điều hành ADAP.
- Trao đổi thông tin giữa các chương trình do Ryan-White tài trợ để điều phối tính đủ điều kiện và việc chăm sóc của khách hàng.
- Trao đổi thông tin với sở y tế địa phương để giám sát và đánh giá chương trình, đồng thời hỗ trợ kết nối dịch vụ chăm sóc.
- Trao đổi thông tin với Kiểm Toán Viên Tiểu Bang California, Trung Tâm Dữ Liệu Chi Tiết Và Đổi Mới California, Văn Phòng An Ninh Thông Tin California, hoặc các cơ quan tiểu bang và liên bang khác theo yêu cầu của luật pháp.

Theo luật liên bang và tiểu bang, ADAP là bên thanh toán cuối cùng. Nếu xác định được rằng các dịch vụ hoặc vật phẩm nhận được từ ADAP lẽ phải được thanh toán bởi các tổ chức liên bang, tiểu bang hoặc tư nhân khác, thì ADAP hoặc các đại lý của chương

trình có thể tiết lộ thông tin của quý vị cho các tổ chức đó với mục đích để được bồi hoàn. Quá trình này có thể dẫn đến việc lập một bản giải thích quyền lợi để gửi đến người đứng tên chính trên hợp đồng bảo hiểm, người có thể không phải là khách hàng của ADAP.

Đối với những người đã ghi danh hoặc nộp đơn đăng ký tham gia các chương trình hỗ trợ bảo hiểm của ADAP, bao gồm hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm sức khỏe và chi phí y tế tự chi trả cho các khách hàng ADAP đủ điều kiện, bằng việc ký vào mẫu đơn này, quý vị cho phép CDPH và các đại lý của CDPH tiết lộ thông tin của quý vị cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe, các nhà điều hành COBRA (Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus), các chủ lao động và các chương trình bảo hiểm sức khỏe do chủ lao động điều hành nếu cần thiết để xác định tính đủ điều kiện của quý vị và phục vụ cho các mục đích khác liên quan trực tiếp đến việc điều hành ADAP.

Đối với những người đã ghi danh vào ADAP mà không có bảo hiểm, khi ký vào mẫu đơn này, quý vị cho phép CDPH và các đại lý của CDPH chia sẻ thông tin về quý vị để điều phối các dịch vụ điều hướng bảo hiểm sức khỏe toàn diện, nhằm bảo đảm ADAP vẫn là bên thanh toán cuối cùng.

_____ (Ký tắt tại đây để tham gia). Dự Án Giám Sát Y Tế (MMP) là một dự án khảo sát hàng năm thu thập thông tin về trải nghiệm sống của những người nhiễm HIV tại Hoa Kỳ. Dự án này được thực hiện theo sự chủ trì của các sở y tế tiểu bang và địa phương, hợp tác với Trung Tâm Kiểm Soát Và Phòng Ngừa Dịch Bệnh (CDC). Người tham gia được chọn ngẫu nhiên. Bằng việc ký tắt tại đây, quý vị cho phép CDPH và các nhân viên ghi danh của ADAP tiết lộ thông tin của quý vị cho sở y tế địa phương của quý vị nhằm giúp họ thu thập thông tin chính xác và cập nhật về những cá nhân được chọn tham gia MMP.

Quý vị đồng ý rằng sự chấp thuận và ủy quyền của quý vị trong mẫu đơn này sẽ có hiệu lực trong hai năm kể từ ngày quý vị ký tên dưới đây, và phiên bản kỹ thuật số hoặc bản sao chụp của mẫu đơn này sẽ được xem là có giá trị như bản gốc.

Quý vị có quyền sửa đổi hoặc rút lại sự chấp thuận và ủy quyền này bằng văn bản bằng cách liên lạc qua cdphmedassistfax@cdph.ca.gov. Quý vị cũng có quyền nhận một bản sao của mẫu đơn này.

Tôi theo đây đồng ý và cho phép việc thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin cá nhân của tôi như đã nêu ở trên.

Tên Khách Hàng/Người Đại Diện*: _____
(Chữ in hoa)

Chữ Ký Khách Hàng/Người Đại Diện: _____ Ngày: _____

*Nếu quý vị ký tên với tư cách là đại diện pháp lý thay mặt cho khách hàng, vui lòng cung cấp tài liệu chứng minh việc quý vị được chỉ định làm đại diện pháp lý của khách hàng.