



## 《艾滋病药物援助计划 (ADAP) 个人信息收集与使用授权书》

艾滋病药物援助计划 (ADAP) 由加州公共卫生部 (CDPH) 艾滋病办公室负责管理，是为HIV感染者提供处方药物及其他医疗服务的补助项目。ADAP包括处方药援助和保险援助计划。申请人须符合相关资格要求方可获得ADAP服务。服务对象限于居住在加州、未投保或保险不足、未完全享受Medi-Cal福利，且依据家庭人数和家庭收入计算的调整后总收入不超过联邦贫困线500%的人士。CDPH与注册机构和其他实体（统称为“代理机构”）签约以帮助管理ADAP。

签署本授权书即表示您同意CDPH及其代理机构向其他州/联邦机构或医疗机构获取您的信息，用于ADAP资格审核。您同时授权注册机构收集您的个人信息，以便您加入ADAP计划。

您授权CDPH及其代理机构获取的信息包括您的姓名、出生日期、社会安全号码、收入、人口统计数据、HIV检测结果、诊断和其他医疗信息以及健康福利信息。

根据加州法律和1996年《健康保险便利和责任法案》(HIPAA)的要求，只有CDPH代理机构的授权人员才能在需要知情的情况下访问您的信息。保密协议已经到位，除非获得客户的特定授权或法律另有规定，否则将对客户信息进行保密。如果信息被披露给“受保护实体”以外的个人或机构，该信息可能会被重新披露，并且不再受到隐私保护法律的约束。

通过签署本文件，您同意CDPH及其代理机构收集、使用并出于以下目的披露您的信息：

- 用于相互验证项目资格、协调医疗服务和福利、开展项目监督与评估，以及其他与ADAP管理直接相关的目的。
- 相互之间遵守州和联邦的报告要求。
- 与医疗保健服务部、特许税务委员会、加州全保、医疗保险和医疗补助服务中心以及其他必要的联邦和州机构共享信息，用于资格审核和与ADAP管理直接相关的其他目的。
- 与您的医疗机构共享信息，用于协调药物账单报销以及与ADAP管理直接相关的其他目的。
- 与Ryan-White资助项目共享信息，以协调客户资格和医疗服务。
- 与您当地卫生部门之间进行计划监测和评估，并促进与护理的联系。
- 与加州州审计员、加州数据洞察与创新中心、加州信息安全办公室或法律要求的其他州和联邦机构之间。

根据联邦及州法律规定，ADAP为最终付款方。如发现ADAP提供的服务应由其他联邦、州或私人机构支付，ADAP或其代理机构可向相关机构披露您的信息以获得补偿。此过程可能会生成福利说明文件，并发送给主要投保人，而主要投保人可能并非ADAP客户。

对于已加入或正在申请ADAP保险援助计划（该计划为符合条件的ADAP客户提供健康保险费支付和医疗自付费用支付援助）的人员，签署本文件即表示您授权CDPH及其代理机构根据需要向健康保险计划、《综合预算协调法案》(COBRA) 管理员、雇主和雇主管理的健康保险计划披露您的信息，以确定您的资格并用于其他与ADAP管理直接相关的目的。

对于未享有保险的ADAP注册人员，通过签署本文件，您授权CDPH及其代理机构共享您的相关信息，以协调全面的健康保险导航服务，确保ADAP继续作为最终付款人。

\_\_\_\_\_（在此处签字表示同意）。医疗监测项目(MMP)是一项年度调查，旨在收集美国HIV感染者的生活状况信息。该项目由各州及地方卫生部门与疾病控制预防中心(CDC)共同开展。调查对象通过随机抽样方式选取。在此签字即表示您同意CDPH和ADAP注册工作人员向当地卫生部门提供您的信息，以便他们能够获取被选中参与MMP人员的准确最新信息。

本授权书自您签字之日起两年内有效，其电子版或复印件与纸质原件具有同等效力。

您有权通过联系cdphmedassistfax@cdph.ca.gov以书面形式修改或撤销此同意和授权。您还有权获得此表的副本。

我特此同意并授权按上述规定收集、使用和披露我的个人信息。

客户/代表\*姓名： \_\_\_\_\_  
(请用印刷体填写)

客户/代表签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

\*如果您作为客户的法定代表签字，请提供文件证明您被任命为客户的法定代表。