



Pahintulot ng Kliyente ng Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP) sa Pagkolekta ng at Awtorisasyon na Magsiwalat ng Personal at Medikal na Impormasyon

Ang Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Assistance Program (PrEP-AP) ay isang programa sa subsidyo na pinangangasiwaan ng California Department of Public Health (CDPH), Office of AIDS, upang tumulong sa ilang partikular na gastos sa gamot para sa pag-iwas sa sakit na HIV at iba pang nauugnay na medikal na serbisyo para sa mga karapat-dapat na indibidwal. Ang mga indibidwal na nag-aaplay para sa mga serbisyong PrEP-AP ay dapat nakakatugon sa mga pamantayan sa pagiging karapat-dapat. Nakalaan lamang ang mga serbisyo para sa mga taong naninirahan sa California, mga negatibo sa HIV, 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 600 porsiyento 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, klinikal na tagapagkaloob, at iba pang mga entidad (sa kabuuan, "mga ahente") upang tumulong sa pangangasiwa ng PrEP-AP.

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 PrEP-AP. Pinahihintulutan mo rin ang mga enrollment agency na mangolekta ng impormasyon mula sa iyo para maienrol ka sa PrEP-AP.

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 benepisyong 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 isiniwalat na impormasyon ay maaaring muling isiwalat 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 PrEP-AP 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 PrEP-AP.
- ☐ 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 pamahalaang pederal at ng estado kung kinakailangan upang matiyak ang pagiging kwalipikado sa programa at iba pang mga layuning may direktang kaugnayan sa pangangasiwa ng PrEP-AP.

- ☐ 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 PrEP-AP.
- ☐ 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 estado, huling tagapagbayad (payer of last resort) ang PrEP-AP. Kung matukoy na dapat binayaran ng ibang pederal, pang-estado, o pribadong entidad ang mga serbisyo o item na nakuha mula sa PrEP-AP, maaaring ipaalam ng PrEP-AP 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 PrEP-AP.

Sumasang-ayon ka na ang iyong pahintulot at awtorisasyon sa form na ito ay mananatiling may bisa sa loob ng isang 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.