



## **Chương Trình Hỗ Trợ Dự Phòng Trước Phơi Nhiễm (PrEP-AP) 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 Dự Phòng Trước Phơi Nhiễm (PrEP-AP) là một chương trình trợ cấp do Sở Y Tế Công Cộng California (CDPH), Văn Phòng AIDS điều hành, nhằm hỗ trợ chi trả một số chi phí thuốc men để phòng ngừa lây nhiễm HIV và các dịch vụ y tế liên quan khác cho các cá nhân đủ điều kiện. Các cá nhân nộp đơn đăng ký dịch vụ PrEP-AP phải đáp ứng các tiêu chuẩn về tính đủ điều kiện. Dịch vụ chỉ dành cho những người cư trú tại California, không nhiễm HIV, không có bảo hiểm hoặc có bảo hiểm không đầy đủ, không được Medi-Cal chi trả toàn bộ và có tổng thu nhập đã điều chỉnh sửa đổi lên đến 600 phần trăm 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, nhà cung cấp dịch vụ lâm sàng và các tổ chức khác (gọi chung là “đại lý”) để giúp điều hành PrEP-AP.

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 PrEP-AP 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 PrEP-AP.

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 Y Tế 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 pháp luật 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 PrEP-AP 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 PrEP-AP.
- ☐ 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 và 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 PrEP-AP.

- ☐ Trao đổi thông tin giữa (các) nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị để điều phối việc thanh toán thuốc men và các mục đích khác liên quan trực tiếp đến việc điều hành PrEP-AP.
- ☐ 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 pháp luật.

Theo luật tiểu bang, PrEP-AP là đơn vị thanh toán cuối cùng. Nếu xác định được rằng các dịch vụ hoặc vật phẩm nhận được từ PrEP-AP lẽ phải được thanh toán bởi các tổ chức liên bang, tiểu bang hoặc tư nhân khác, thì PrEP-AP 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 hoàn trả. 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 này có thể không phải là khách hàng của PrEP-AP.

Quý vị đồng ý rằng sự chấp thuận và ủy quyền của quý vị trong mẫu đơn này sẽ có hiệu lực trong một 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](mailto: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 Của 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.