



PrEP援助计划(PrEP-AP) 服务申请——保密事项

所需文件

- 身份证明
- 加州居住证明或居住验证宣誓书
- 自今日起六个月内的化验结果副本

权利与责任

1. 我理解将采取一切合理措施保护我的隐私。
2. 我理解我将收到一张电子身份卡，该卡仅用于身份识别，不验证资格。我理解我可能需要向某些服务提供者出示我移动设备上的此卡以获取福利。如果我没有移动设备，我的注册工作人员会为我打印纸质卡片。
3. 我理解我将通过可在任何移动设备或计算机上访问的电子客户门户，接收有关我的资格更新或变更的保密通知。我理解，我有责任保护我的登录信息，以确保其他人无法访问我的客户门户上的信息。如果我没有移动设备或计算机，我理解我有责任在下方列出的重新注册截止日期之前与我的注册工作人员联系。
4. 我理解，我的资格自完整申请获批之日起一年内有效。如果我希望在资格到期后继续获得所申请的援助，我必须重新注册。
5. 我理解，如果我是首次注册且没有化验结果，我将只获得30天的临时资格，并且我必须在30天内向我的注册工作人员提供所需的化验结果，否则我的资格将终止。
6. 我理解，当我重新注册该计划时，我需要提供申请日期前六个月内的最新化验结果。
7. 我理解如果发生以下任何情况，我必须告知我的注册工作人员：
 - a. 我搬家或更改电话号码
 - b. 我不再有保密顾虑
 - c. 我成为我的健康保险的主要投保人

申请人信息

日期：_____重新注册到期日：_____出生日期：_____

客户ID号（可选）：_____姓名：_____

电子邮件地址：_____

注册站点编号

注册站点名称

申请人同意

申请人填写本部分：

CDPH与注册机构、临床服务提供者和其他实体（统称为“代理机构”）签订合同，以帮助管理PrEP-AP。签署此表，即表示您授权CDPH及其代理机构从其他州和联邦机构或您的医疗保健提供者处获取您的信息，以验证您是否符合PrEP-AP的资格。您还授权注册机构收集您的信息，以便为您注册PrEP-AP。

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。

签署此表，即表示您授权CDPH及其参与PrEP-AP管理的代理机构收集和使用您的信息，并同意他们出于以下目的披露您的信息：

- 相互之间验证计划资格、协调护理和福利、计划监测和评估，以及与PrEP-AP管理直接相关的其他目的。
- 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、Covered California、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之间，以验证计划资格和与PrEP-AP管理直接相关的其他目的。

- 与您的医疗保健提供者之间协调药物账单承保范围以及与PrEP-AP管理直接相关的其他目的。
- 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。

根据州法律，PrEP-AP是最后支付方。如果确定从PrEP-AP获得的服务或物品应由其他联邦、州或私人实体支付，PrEP-AP或其代理机构可能会将您的信息披露给这些实体以获得报销。此流程可能会触发将福利说明发送给主要投保人。对于参加父母、配偶或注册家庭伴侣健康计划的投保人，PrEP-AP及其代理人不会向该健康计划披露您的信息。

您同意，此表中的同意和授权自您在下方签字之日起一年内有效，并且此表的数字副本或影印件与原件同等有效。

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。