

ວັນທີ:

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ (ເຂດປົກຄອງເປັນຜູ້ປະກອບສ່ວນນີ້)	
ຊື່ຄົນເຈັບ:	ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຄົນເຈັບ:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

ສະບາຍດີ ດຣ. _____
 ກະລຸນາປະກອບ ແລະ ສົ່ງຄືນຄໍາຖະແຫຼງການຂ້າງລຸ່ມໄປຫາງເຂດປົກຄອງໂດຍ _____ ເຊິ່ງກ່ຽວກັບຄົນເຈັບຂອງທ່ານທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອງລາວໄດ້.
 ກະລຸນາໃຊ້ຊອງຈົດໝາຍທີ່ຈຳໜ້າຊອງ ແລະ ຈ່າຍຄ່າໄປສະນີໄວ້ແລ້ວ. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງມັນຄືນໄດ້ທາງແຟັກ ຫຼື ທາງອີເມວດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມ. ຄົນເຈັບຂອງທ່ານໄດ້ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ແກ່ພວກເຮົາແລ້ວ. ກະລຸນາເບິ່ງໃບອະນຸຍາດຂອງຄົນເຈັບທີ່ຄັດຕິດມານຳ.

ລາຍເຊັນພະນັກງານເຂດປົກຄອງ: _____ ວັນທີ: _____

ຊື່ຕົວພິມຂອງພະນັກງານເຂດປົກຄອງ: _____

ເບີໂທລະສັບ: _____ ເບີແຟັກ: _____

ອີເມວຂອງພະນັກງານເຂດປົກຄອງ: _____

**ໃບຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານໝໍສຳລັບການບໍລິການຢູ່ເຮືອນ ແລະ ໃບຊຸມຊົນ ພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດວ່າດ້ວຍຄວາມທຸກຍາກຂອງຄູ່ສົມລົດ
 (Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)**

ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໝໍ	
ຊື່ຕົວພິມຂອງທ່ານໝໍ:	ວັນທີ:
ໂທລະສັບ:	ອີເມວ:
ໂດຍອີງຕາມການກວດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຄົນເຈັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, _____, ອາດຈະຈຳເປັນຕ້ອງມີການດູແລບັນບົວລະດັບສະຖານພະຍາບານເປັນເວລາຢ່າງໜ້ອຍ 30 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າລາວໄດ້ຮັບການດູແລເບິ່ງແຍງ ແລະ ການບໍລິການສະໜັບສະໜູນຢູ່ເຮືອນ ທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ລາວສາມາດອາໄສຢູ່ເຮືອນໄດ້ຢ່າງປອດໄພ. ທ່ານອິດຄົນເຈັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເລີມຕົນຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ໃນລະດັບກຽນດູແລເບິ່ງແຍງຢູ່ສະຖານພະຍາບານໃນ _____, ແລະ ສືບຕໍ່ຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີນັ້ນ.	
ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດຂອງການໃຫ້ຂໍ້ຄວາມເທັດຕາມກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດອາເມຣິກາ ແລະ ລັດຄາລິຟໍເນຍວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ໃນໃບຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານໝໍແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.	
ລາຍເຊັນຂອງທ່ານໝໍ:	

ວັນທີ:

ໃບອະນຸຍາດຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າ, _____ ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໝໍ _____
ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃນແບບຟອມນີ້ໃຫ້ແກ່ຂັດບັກຄອງ _____ ເພື່ອຈຸ
ດປະສົງຂອງການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

- ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນສ່ວນບຸກຄົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍຂ້າງເທິງສຳລັບຈຸດປະສົງທີ່ລະບຸໄວ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດຖອນການອະນຸຍາດສຳລັບການເປີດເຜີຍກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຊັນໃບອະນຸຍາດນີ້ເພື່ອໃຫ້ໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍົກເລີກໃບອະນຸຍາດນັ້ນໄດ້ທຸກເວລາ. ການຍົກເລີກຕ້ອງເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ຈະບໍ່ມີຜົນກັບຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຖືກໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍໄປແລ້ວ.
- ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາຂອງໃບອະນຸຍາດນີ້.
- ຂ້ອຍເຊັນໃບອະນຸຍາດນີ້ດ້ວຍຄວາມສະຫຼັກໃຈ ແລະ ການປິ່ນປົວ, ການຊຳລະເງິນ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃຕ້ໂຄງການນີ້ຈະບໍ່ສາມາດເປັນໄປໄດ້ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຊັນໃບອະນຸຍາດນີ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈອີກວ່າ ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບບັນທຶກ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປີດເຜີຍຕາມໃບອະນຸຍາດນີ້ບໍ່ສາມາດໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຕໍ່ໄປອີກໄດ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກຂ້າພະເຈົ້າຕື່ມອີກ ຫຼື ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວແມ່ນຈຳເປັນ ຫຼື ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນພິເສດຕາມກົດໝາຍ.

ເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

ຖ້າຄົນເຈັບທີ່ເປັນຜູ້ໃຫ້ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ໄດ້ເຊັນເອງ, ຈົ່ງລະບຸຜູ້ຖານສຳລັບຜູ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຊັນ:
 ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ ຜູ້ບັກຄອງ ຄູ່ສົມລົດ ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ອະທິບາຍຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ ແລະ ເຫດຜົນທີ່ຄົນເຈັບບໍ່ສາມາດເຊັນໄດ້: _____

ພະຍານ: ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ຈັກບຸກຄົນທີ່ເຊັນແບບຟອມນີ້ ຫຼື ພໍ່ໃຈກັບຕົວຕົນຂອງບຸກຄົນນີ້: (ຈຳເປັນສຳລັບລາຍເຊັນເປັນ "X", ອ່ານບໍ່ອອກ ຫຼື ມີຕົວອັກສອນຕ່າງປະເທດ)

ລາຍເຊັນພະຍານ: _____ ວັນທີ: _____

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: _____ ເມືອງ/ລະຫັດໄປສະນີ: _____

This general and special authorization to disclose information has been developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical and other information under: The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C., Section 1320d-1320d-8 (45 CFR Part 164); 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2); 38 U.S.C., Section 7332; 20 U.S.C., Section 1232g (34 CFR Parts 99 and 300); and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850 and 14100.2 and Civil Code, Sections 1798-1798.78.