

วันที่:

ข้อมูลผู้ป่วย (ให้สำนักเขตปกครองกรอกข้อมูลส่วนนี้)	
ชื่อผู้ป่วย:	วันเกิดของผู้ป่วย:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

เรียน นพ. _____
โปรดกรอกและส่งข้อมูลด้านล่างนี้กลับไปยังสำนักงานเขต โดย _____ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ระบุชื่อไว้ด้านบน เพื่อให้ทางเราได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์รับประโยชน์จาก Medi-Cal หรือไม่ กรุณาส่งทางไปรษณีย์จ่ายล่วงหน้าไปยังที่อยู่ที่เราแจ้งไว้ ท่านสามารถส่งกลับทางแฟกซ์หรืออีเมลที่ระบุไว้ด้านล่าง ซึ่งผู้ป่วยของท่านได้อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลนี้กับทางเราแล้ว กรุณาดูเอกสารการให้อนุญาตของผู้ป่วยที่แนบมากับเอกสารฉบับนี้

ลายเซ็นเจ้าหน้าที่สำนักงานเขต: _____ วันที่: _____

ชื่อเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตเป็นตัวพิมพ์: _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____ หมายเลขแฟกซ์: _____

อีเมลเจ้าหน้าที่สำนักงานเขต: _____

การตรวจสอบสิทธิ์การรับบริการสำหรับบ้านและชุมชนโดยแพทย์ ตามข้อกำหนดสวัสดิการช่วยเหลือคู่สมรส (Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

ข้อมูลแพทย์	
ชื่อแพทย์เป็นตัวพิมพ์ :	วันที่:
โทรศัพท์:	อีเมล:
จากการตรวจสอบของข้าพเจ้า ผู้ป่วย _____ สมควรได้รับการช่วยเหลือด้านการพยาบาลอย่างน้อย 30 วันติดต่อกัน เว้นเสียแต่ว่า ผู้ป่วยได้รับบริการหรือการช่วยเหลือที่อยู่ของผู้ป่วยแล้ว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพักอาศัยอย่างปลอดภัยที่ที่พัก โดยผู้ป่วยต้องการบริการพยาบาลดังกล่าวตั้งแต่วันที่ _____ และยังคงต้องการการบริการดังกล่าวจนถึงวันนี้	
ภายใต้กฎหมายการให้การเท็จของสหรัฐอเมริกาและรัฐแคลิฟอร์เนีย ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุในเอกสารการตรวจสอบของแพทย์นี้ถูกต้องและเป็นความจริง	
ลายเซ็นแพทย์:	

วันที่:

การให้อนุญาตของผู้ป่วย

ข้าพเจ้า, _____ อนุญาตให้นายแพทย์ _____
เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ในแบบฟอร์มนี้ให้กับสำนักงานเขต _____ เพื่อ
ตรวจสอบสิทธิการรับผลประโยชน์ของ Medi-Cal

- ข้าพเจ้าอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า ตามที่ระบุไว้ในจุดประสงค์ด้านบน
- ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ยกเลิกการอนุญาตให้บุคคลอื่นเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าได้ลงนามอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลแล้ว ข้าพเจ้าสามารถยกเลิกการให้อนุญาตดังกล่าว ณ เวลาใดก็ได้ การยกเลิกจะต้องกระทำอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลที่กระทำก่อนหน้าแล้ว
- ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับสำเนาเอกสารการให้อนุญาตนี้
- ข้าพเจ้าลงนามในเอกสารอนุญาตนี้โดยสมัครใจ และการรักษา การชำระเงิน หรือสิทธิ์ในการรับประโยชน์ภายใต้โปรแกรมนี้ของข้าพเจ้าจะไม่สามารถดำเนินการได้ หากข้าพเจ้ายังไม่ลงนามในเอกสารอนุญาตนี้
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบุคคลที่ทราบข้อมูลหรือรายงานที่ข้าพเจ้าได้อนุญาตให้เปิดเผย จะไม่ใช่ต่อไปหรือเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์นี้ ยกเว้นหากได้รับการอนุญาตจากข้าพเจ้า หรือหากได้รับคำสั่งหรือการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวตามกฎหมาย

ลายเซ็น: _____ วันที่: _____

หากเอกสารฉบับนี้ไม่ได้ลงนามโดยผู้ป่วย กรุณาระบุสถานะผู้มีอำนาจในการลงนาม

- พ่อแม่ของผู้เยาว์ ผู้ปกครอง คู่สมรส ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

กรุณาระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงนามได้: _____

พยาน: ข้าพเจ้ารู้จักบุคคลที่ลงนามในเอกสารฉบับนี้ และข้าพเจ้าทราบข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนี้ดี (หากลายเซ็นเป็น "X" หรืออ่านไม่ออก หรือมีอักษรที่ไม่ใช่อักษรโรมัน)

ลายเซ็นพยาน: _____ วันที่: _____

ที่อยู่: _____ เมือง/รหัสไปรษณีย์: _____

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.