

Дата:

ДАНИ ПРО ПАЦІЄНТА (Округ заповнює цей розділ)

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПАЦІЄНТА:

ДАТА НАРОДЖЕННЯ
ПАЦІЄНТА:

CLIENT INDEX NUMBER (CIN):

Вельмишановний лікар _____

Будь ласка заповніть і поверніть заяву, наведену нижче, до округу не пізніше за _____ відносно Вашого пацієнта, дані котрого наведені вище, для того щоб ми могли встановити чи має він чи вона право на участь у програмі Medi-Cal. Будь ласка скористуйтеся адресованим конвертом з передплаченою поштовою пересилкою. Ви також можете повернути цю форму до нас факсом чи електронною поштою, як це наведено нижче. Ваш пацієнт надав дозвіл на надання цих даних нам. Дозвіл пацієнта додано до листа.

Підпис робітника округу: _____ Дата: _____

Ім'я та прізвище робітника округу печатними літерами: _____

Номер телефону: _____ Номер факсу: _____

Адреса електронної пошти робітника округу: _____

**Верифікація з боку лікаря щодо можливості надання послуг вдома та в умовах громади за відповідності умов злиденності подружжя
(Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)**

ДАНИ ЛІКАРЯ

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЛІКАРЯ
ПЕЧАТНИМИ ЛІТЕРАМИ:

ДАТА:

ТЕЛЕФОН:

ЕЛЕКТРОННА АДРЕСА:

За даними мого обстеження мій пацієнт (моя пацієнтка) _____ скоріш за все буде потребувати догляду на рівні установи з доглядом за літніми або хронічно хворими особами щонайменше 30 днів підряд, якщо він чи вона не буде отримувати вдома послуги з догляду або підтримки, які дозволять йому чи їй безпечно проживати в домашніх умовах. Мій пацієнт (моя пацієнтка) почала вперше потребувати цих послуг на рівні спеціального догляду _____ та продовжує потребувати цих послуг з цієї дати.

Відповідно до законів Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія та під загрозою покарання за невірне свідчення, я заявляю, що інформація, яка міститься в цій верифікації лікаря, є правильною та відповідає дійсності.

ПІДПИС ЛІКАРЯ:

Дата:

Дозвіл пацієнта

Я, що підписався нижче _____ цим надаю дозвіл лікареві _____ передати мою медичну інформацію, що є в цій формі, до Округу _____ з метою встановлення мого права на отримання пільг за програмою Medi-Cal.

- Я надаю дозвіл на використання або розголошення моєї індивідуально визначеної медичної інформації, як описано вище, для зазначеної мети.
- Я маю право відкликати цей дозвіл на розкриття моєї інформації. Якщо я підписую цей дозвіл на використання або розкриття інформації, я можу відкликати його в будь-який час. Відкликання має бути зроблено в письмовій формі та не буде впливати на інформацію, яка вже була використана або розкрита.
- Я маю право отримати копію цього дозволу.
- Я підписую цей дозвіл добровільно, та лікування, оплата або моє право на отримання пільг за цією програмою може бути неможливим, якщо я не підпишу цей дозвіл.
- Я також розумію, що особа, яка отримує записи та інформацію відповідно до цього дозволу, не зможе додатково використовувати або розкривати медичну інформацію, якщо інший дозвіл не надано мною, або у разі коли таке розголошення вимагається або дозволено законом.

ПІДПИС: _____ ДАТА: _____

Якщо не підписано пацієнтом, чия інформацію буде розкрито, вкажіть рівень повноважень на надання підпису:

Батько неповнолітньої дитини Опікун Дружина або чоловік Повноважний представник

Поясніть відношення людини та пацієнта та чому пацієнт неспроможний надати свій підпис:

СВІДОК: Мені відома людина, що підписує цю форму, або мене задовольняє посвідчення цієї особи: (якщо замість підпису стоїть X, його важко прочитати або якщо він має незахідні літери)

Підпис свідка: _____ Дата: _____

Повна адреса: _____ Місто/поштовий індекс: _____

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.