

ဤဖောင်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် သင်က _____ Health Home တွင် ပါဝင်ရန် သဘောတူလိုက်ပါသည်။ Health Home တွင် ပါဝင်ရန် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူများနှင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်သူများသည် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု အကြောင်း တစ်ဦးနှင့်တစ်ဦး ပြောဆိုဆွေးနွေးနိုင်ရမည်ဖြစ်ပြီး ပိုမိုကောင်းမွန်သော ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ပေးအပ်နိုင်ရန် သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ကို အပြန်အလှန် မျှဝေပေးနိုင်ရမည်ဖြစ်သည်။ Health Home တွင် ပါဝင်ခြင်းကြောင့် သင်က သင်လိုအပ်သော ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို အသေအချာ ရရှိမည်ဖြစ်သည်။ သို့သော် သင်က ဤဖောင်တွင် လက်မှတ်မထိုးလျှင်ပင် သို့မဟုတ် Health Home တွင် မပါဝင်လိုလျှင်ပင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကျန်းမာရေးအာမခံကို ဆက်လက် ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

Health Home သည် ဤဖောင်အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသော မိတ်ဖက်များထံမှ၊ ယင်းအချက်အလက်များကို တရားဝင် လက်ခံခွင့်ရှိသော အခြားသူများထံမှ နှင့်/သို့မဟုတ် အောက်ပါ ကွန်ပျူတာစနစ်များမှတစ်ဆင့် အခြားသူများထံမှ ရရှိသော သင်၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ အပါအဝင် သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ရယူ ပြီး မျှဝေပေးနိုင်သည်။

- နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန (New York State Department of Health) က စီမံကွပ်ကဲသော နယူးယောက်အတွက် ပြည်နယ်လုံးဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အချက်အလက် ကွန်ရက် (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY)။ SHIN-NY သည် ဆရာဝန်များနှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူများ ထံမှ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ အပါအဝင် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို စုဆောင်းရယူပြီး သိမ်းဆည်းထားသည်။ SHIN-NY သည် သင်၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကြည့်ရှုရန် သို့မဟုတ် ရယူရန် သင် ခွင့်ပြုထားသူများထံသို့သာ မျှဝေပေးနိုင်ပါသည်။
- နယူးယောက်ပြည်နယ် စိတ်ကျန်းမာရေးရုံး (New York State Office of Mental Health) က စီမံကွပ်ကဲသော PSYCKES။ PSYCKES သည် Medicaid ပရိုဂရမ်တွင် တစ်စိတ် တစ်ပိုင်းပါဝင်သော သင်၏ ဆရာဝန်များနှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ပေးသူများထံမှ သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကုသမှုကို စုဆောင်းရယူပြီး သိမ်းဆည်းထား သည့် ကွန်ပျူတာစနစ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။
- နယူးယောက်ပြည်နယ် ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းသူများအတွက် ရုံး (New York State Office for People With Developmental Disabilities) က စီမံကွပ်ကဲသော TABS/CHOICES။ TABS/CHOICES သည် သင်၏ ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုများနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို စုဆောင်းရယူပြီး သိမ်းဆည်းထား သည့် ကွန်ပျူတာစနစ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။
- နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနက စီမံကွပ်ကဲသော တန်းတူညီတူ အကဲဖြတ်မှုစနစ် NY (Uniform Assessment System NY, UASNY)။ UASNY သည် ဝန်ဆောင်မှု ရယူသူ တစ်ဦးချင်းစီအတွက် ခွဲခြားသတ်မှတ်ရေး အချက်အလက်များနှင့် ပြီးပြည့်စုံသည့် အကဲဖြတ်မှုများကို ရယူစုဆောင်းသော လုံခြုံစိတ်ချရသည့် ပြည်နယ် လုံးဆိုင်ရာ ဒေတာဘေ့စ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။

ဤဖောင်ကို သဘောတူပြီး လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် သင်သည် သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအားလုံး (SHIN-NY နှင့်/သို့မဟုတ် PSYCKES နှင့်/သို့မဟုတ် TABS/CHOICES နှင့်/သို့မဟုတ် UASNY ထံမှ Health Home က ရယူသော သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအားလုံး အပါအဝင်) ကို Health Home နှင့် ဤဖောင်တွင် ဖော်ပြထားသော မိတ်ဖက်များအား ရယူခွင့်၊ ကြည့်ရှုခွင့်၊ ဖတ်ရှုခွင့်၊ မိတ္တူကူးခွင့်နှင့် တစ်ဦးနှင့်တစ်ဦး အပြန်အလှန်မျှဝေခွင့် ပေးသည်။ သင့်အား ပြုစုစောင့်ရှောက် မှုပေးရန်၊ သင့်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို စီမံရန် သို့မဟုတ် အဖွဲ့ဝင်များအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ပိုမိုကောင်းမွန်စေရေးအတွက် သင့်အား ပြုစုစောင့် ရှောက်မှုကို လေ့လာရန် ယင်းအချက်အလက်များကို လိုအပ်ပါသည်။ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များသည် ဤဖောင်တွင် သင် လက်မှတ်ထိုးသော ရက်စွဲမတိုင်မီနှင့် ရက်စွဲနောက်ပိုင်းမှ ရယူထားသည်များ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများတွင် သင်၏ ယခု သို့မဟုတ် ယခင်က ရှိခဲ့ဖူးသော နာမကျန်းမှုများ သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာများ၊ X-rays သို့မဟုတ် သွေးစစ်ချက်များကဲ့သို့ ဆေးစစ်ချက်ရလဒ်များနှင့် ယခု သင် မှီဝဲနေသော သို့မဟုတ် ယခင်က မှီဝဲခဲ့ဖူးသော ဆေးဝါးများနှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်သည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများတွင် အောက်ပါတို့နှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များလည်း ပါဝင်နိုင်သည်။

1. အဖွဲ့ဝင်အဖြစ် ယခု သင် ဝင်ရောက်ထားသော သို့မဟုတ် ယခင်က ဝင်ရောက်ခဲ့ဖူးသော အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေး သုံးစွဲမှု ပရိုဂရမ်များ၊
2. သားဆက်ခြားခြင်းနှင့် သားလျှော့ခြင်းကဲ့သို့ မိသားစုစီမံကိန်းဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ၊
3. မျိုးရိုးလိုက်သော ရောဂါများ၊
4. HIV/AIDS၊
5. စိတ်ကျန်းမာရေး အခြေအနေများ၊
6. ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု စစ်ဆေးတွေ့ရှိခြင်းနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ နှင့်/သို့မဟုတ်
7. လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်တတ်သော ရောဂါများ (လိင်ဆက်ဆံခြင်းကြောင့် ရရှိလာသော ရောဂါများ)။

သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို သီးခြားလုံခြုံစွာ ထားရှိပြီး နယူးယောက်ပြည်နယ်နှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်းများအရ သင့်ခွင့်ပြုချက်မပါဘဲ အခြားသူများထံသို့ မပေးအပ်နိုင်ပါ။ သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ရယူနိုင်ပြီး ကြည့်ရှုနိုင်သော မိတ်ဖက်များနှင့် Health Home သည် ယင်းဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်းများအားလုံးကို လိုက်နာရမည်။ သင်က ခွင့်ပြုလျှင် သို့မဟုတ် ဥပဒေက တားမြစ်ထားလျှင် ၎င်းတို့သည် သင့်အချက်အလက်များ ကို အခြားသူများထံသို့ မပေးအပ်နိုင်ပါ။ သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်က ကွန်ပျူတာစနစ်တွင် ရှိသည်ဖြစ်စေ၊ စာရွက်စာတမ်းပေါ်တွင် ရှိသည်ဖြစ်စေ ဤအချက် မှာ မှန်ကန်သည်။ ဥပဒေအချို့တွင် HIV/AIDS၊ စိတ်ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများနှင့် မူးယစ်ဆေးနှင့် အရက် သုံးစွဲမှုအတွက် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု အကျိုးဝင်သည်။ ဤ ဖောင်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် သင်သည် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်သလို ညှိနှိုင်းချိတ်ဆက် ဆောင်ရွက်နိုင်ရေးအတွက် သင်၏ HIV/AIDS အခြေအနေ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး၊ မူးယစ်ဆေးနှင့် အရက် သုံးစွဲမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ရယူရန်နှင့် မျှဝေပေးရန် ခွင့်ပြုလိုက်သည်။

လက်မှတ်မထိုးမီ ဤဖောင်တွင်ပါဝင်သော အချက်အလက်များအားလုံးကို ဖတ်ရှုပေးပါ။

ကျွန်ုပ်သည် _____ Health Home တွင် ပါဝင်ရန် သဘောတူ
ပါသည်။ ထို့ပြင် ဤဖောင်အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသော မိတ်ဖက်များနှင့် အခြားသူများထံမှ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များအားလုံးကို Health Home က
ရယူနိုင်သည်ဟုလည်း သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုပေးရန် သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို စီမံရန်၊ ကျွန်ုပ်က ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခုခု
တွင် ပါဝင်ခြင်း ရှိ၊ မရှိနှင့် အကျိုးဝင်သည်များကို စစ်ဆေးရန်၊ အဖွဲ့ဝင်များအားလုံးအတွက် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို လေ့လာရန်နှင့် ပိုမိုကောင်းမွန်အောင်ပြုလုပ်ရန်
ယင်းအချက်အလက်များကို SHIN-NY နှင့်/သို့မဟုတ် PSYCKES နှင့်/သို့မဟုတ် TABS/CHOICES နှင့်/သို့မဟုတ် UASNY တို့မှတစ်ဆင့် ရယူသည်။ ထို့ပြင် Health Home နှင့်
ဤဖောင်အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသော မိတ်ဖက်များသည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို တစ်ဦးနှင့်တစ်ဦး အပြန်အလှန် မျှဝေပေးနိုင်ပြီး တရားဝင်
လက်ခံရယူခွင့်ရှိသူများထံသို့လည်း မျှဝေပေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ဖောင်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို
မျှဝေနိုင်ရန် ယခင်က ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ထိုးထားခဲ့ဖူးသည့် အခြားသော Health Home လူနာ/အဖွဲ့ဝင် အချက်အလက်မျှဝေခြင်း ခွင့်ပြုချက်ဖောင်များကို အစားထိုး
နေရာယူလိုက်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် စိတ်ပြောင်းနိုင်ပြီး ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုမန်နေဂျာ၊ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေးအဖွဲ့ဝင် သို့မဟုတ်
Health Home ထံ ဆက်သွယ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။

အဖွဲ့ဝင်၏အမည်ကို စာလုံးကြီးဖြင့် ရေးရန်- _____ အဖွဲ့ဝင်၏ မွေးသက္ကရာဇ်- _____
အဖွဲ့ဝင် သို့မဟုတ် အဖွဲ့ဝင်၏ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____
တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည်ကို စာလုံးကြီးဖြင့် ရေးရန် (သက်ဆိုင်လျှင်)- _____
အဖွဲ့ဝင်နှင့် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ တော်စပ်ပုံ (သက်ဆိုင်လျှင်)- _____

1. မိတ်ဖက်များက ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို မည်သို့ အသုံးပြုမည်နည်း။

သင် သဘောတူလျှင် မိတ်ဖက်များသည် အောက်ပါတို့ပြုလုပ်ရန် သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်-

- သင့်အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးရန်နှင့် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို စီမံရန်၊
- သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိ၊ မရှိနှင့် ၎င်းက ပေးချေသည့်များကို စစ်ဆေးရန်၊ နှင့်
- အဖွဲ့ဝင်များအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို လေ့လာရန်နှင့် ပိုမိုကောင်းမွန်အောင် ပြုလုပ်ရန်။

သင်ပြုလုပ်လိုက်သော ရွေးချယ်မှုသည် သင့်အား ကျန်းမာရေးအာမခံ ပေး၊ မပေး သို့မဟုတ် သင့်ဘေးအန္တရာယ်များကို ပေးဆောင်၊ မပေးဆောင် ဆုံးဖြတ်ရန် သင့်အချက်အလက်များကို ကျန်းမာရေးအာမခံပေးသူများအား ကြည့်ရှုခွင့် မပေးပါ။ သင်က ကျန်းမာရေးအာမခံပေးသူများ အသုံးပြုသည့် သီးခြားဖောင်တွင် ယင်းရွေးချယ်မှုကို ပြုလုပ်နိုင်သည်။

2. ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို မည်သည့်နေရာများမှ ရရှိသနည်း။

ယခင်က သင့်အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအာမခံ ပေးခဲ့သော နေရာများနှင့် ပုဂ္ဂိုလ်များထံမှ သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ရရှိသည်။ ၎င်းတို့တွင် ဆေးရုံများ၊ ဆရာဝန်များ၊ ဆေးဆိုင်များ၊ ဓာတ်ခွဲခန်းများ၊ ဖွံ့ဖြိုးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုအတွက် ထောက်ပံ့ပေးသူများ၊ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များ (အာမခံကုမ္ပဏီများ)၊ Medicaid ပရိုဂရမ်နှင့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို မျှဝေသော အခြားအဖွဲ့များ ပါဝင်နိုင်သည်။ ယင်းနေရာများနှင့် ပုဂ္ဂိုလ်များအားလုံး၏ စာရင်းကို _____ သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် သို့မဟုတ် သင်၏ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုမန်နေဂျာနှင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးခြင်းဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။

3. ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို မျှဝေနိုင်ပုံနည်းလမ်းအပေါ်မည်သည့် ဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်းများက လွှမ်းမိုးသက်ရောက်သနည်း။

ယင်းဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်းများတွင် 42 CFR အပိုင်း 2 နှင့် 45 CFR အပိုင်း 160 နှင့် 164 ("HIPAA" အဖြစ် ရည်ညွှန်းသော စည်းမျဉ်းများဖြစ်သည်) အပါအဝင် နယူးယောက် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဥပဒေ (New York Mental Hygiene Law) ပုဒ်မ 33.13၊ နယူးယောက် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဥပဒေ (New York Public Health Law) အပိုဒ်ခွဲ 27-F နှင့် ဖယ်ဒရယ် လျှို့ဝှက်ထားရှိရေးစည်းမျဉ်းများ ပါဝင်ပါသည်။ 10 NYCRR အပိုင်း 300 - နယူးယောက်အတွက် ပြည်နယ်လုံးဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကွန်ရက် (SHIN-NY)။

4. ကျွန်ုပ်က သဘောတူလျှင် ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များကို မည်သူက ရယူ၊ ကြည့်ရှုနိုင်သနည်း။

သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ကြည့်ရှုနိုင်သူများသည် ဆရာဝန်များနှင့် Health Home မိတ်ဖက်တစ်ဦးအတွက် အလုပ်လုပ်သော အခြားသူများ၊ သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်သူများ၊ သင့်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသော Health Home မိတ်ဖက်တစ်ဦးအတွက် အလုပ်လုပ်ပေးနေသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများ၊ သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံကို ကူညီစစ်ဆေးပေးရန် သို့မဟုတ် အဖွဲ့ဝင်အားလုံးအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို လေ့လာရန်နှင့် ပိုမိုကောင်းမွန်အောင်ပြုလုပ်ရန် သင့်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသော Health Home မိတ်ဖက်တစ်ဦးအတွက် အလုပ်လုပ်ပေးသူများကဲ့သို့ သင် ခွင့်ပြုထားသူများသာ ဖြစ်ပါသည်။ သင်က ဆေးဆိုင်၊ ဆေးရုံအသစ် သို့မဟုတ် အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူကဲ့သို့ သင်၏ ပုံမှန် ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ မဟုတ်သော တစ်ဦးဦးထံမှ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ရယူသောအခါ သင့်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်က ပေးချေသည့်အရာများ သို့မဟုတ် သင်၏ Health Home ဝန်ဆောင်မှု ပေးသူအမည်ကဲ့သို့ အချက်အလက်အချို့ကို ၎င်းတို့အား ပေးအပ်ရနိုင်သည် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့က ကြည့်ရှုနိုင်သည်။

5. တစ်ဦးဦးက ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များကို သုံးစွဲနေပြီး ကျွန်ုပ်က ယင်းအတွက် သဘောမတူလျှင် မည်သို့ ပြုလုပ်နိုင်သနည်း။

ထိုသို့ဖြစ်လာလျှင် သင်သည်-

- Medicaid အကူအညီလိုင်း 1-800-541-2831 သို့ ဖုန်းခေါ်နိုင်သည်။ သို့မဟုတ်
- အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးဌာနနှင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Department of Health and Human Services)၊ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ရုံး (Office for Civil Rights) ၏ 1-800-368-1019 ထံ ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ သို့မဟုတ် ဖော်ပြပါသို့ ရေးသားတိုင်ကြားချက် ပေးပို့နိုင်သည်- <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>။

သင်က အောက်ပါတို့ကိုလည်း ပြုလုပ်လိုနိုင်သည်-

- သင့်မှတ်တမ်းများကို ကြည့်ရှုနိုင်သည်ဟု သင် ဆိုခဲ့သော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအနက် တစ်ဦးဦးထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်း၊
- သင်၏ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုမန်နေဂျာ သို့မဟုတ် Health Home ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်း- _____ နှင့် _____ သို့မဟုတ်
- သင့်တွင် Managed Care အစီအစဉ်ရှိလျှင် Managed Care အစီအစဉ်ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်း။

6. ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်က မည်မျှ ကြာရှည်ခံမည်နည်း။

သင့်ခွင့်ပြုချက်သည် ခွင့်ပြုချက်ကို သင် ပြန်လည်မရုပ်သိမ်းမချင်း ကြာရှည်ခံမည်။ သို့မဟုတ် သင်က Health Home ပရိုဂရမ်မှ ထွက်လျှင် သို့မဟုတ် Health Home က အလုပ်ဆက်မလုပ်တော့လျှင် ပျက်ပြယ်မည်။

7. နောက်ပိုင်းတွင် ကျွန်ုပ် စိတ်ပြောင်းလျှင် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းလိုလျှင် မည်သို့ရရှိမည်နည်း။

သင်သည် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုမန်နေဂျာ၊ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေးအေဂျင်စီ သို့မဟုတ် Health Home ထံ ဆက်သွယ်ခြင်းဖြင့် သင့်ခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်သည်။ သင်က သင့်အချက်အလက်များကို မျှဝေပေးရန် သဘောတူလျှင် ဤဖောင်အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသော Health Home မိတ်ဖက်များအားလုံးသည် ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုချက်ရှိထားသော အခြားမိတ်ဖက်များနှင့်အတူ သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ရယူနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ သင်က ဤဖောင်အဆုံးတွင် ဖော်ပြထားသော Health Home မိတ်ဖက်များ သို့မဟုတ် ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားရသော အခြားသူများအား သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို မရယူစေလိုလျှင် သင်သည် Health Home ပရိုဂရမ်အတွက် သင့်ခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင်သည် _____ သို့ ဖုန်းခေါ်ခြင်းဖြင့် ထိုသို့ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

မှတ်ချက်- နောက်ပိုင်းတွင် သင့်ခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းရန် သင်က ဆုံးဖြတ်လိုက်လျှင်ပင် သင့်အချက်အလက်များကို ရရှိထားနှင့်ပြီးသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသည် သင့်အချက်အလက်များကို သင့်အား ပြန်မပေးပါ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့၏မှတ်တမ်းများမှ ဖယ်ထုတ်မပစ်ပါ။

8. ဤဖောင်မိတ္တူကို မည်သို့ ရရှိနိုင်သနည်း။

ဤဖောင်တွင် သင် လက်မှတ်ထိုးပြီးနောက် ဖောင်မိတ္တူကို သင် ရရှိနိုင်ပါသည်။

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်များ

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်များအားလုံးကို ဖော်ပြရန် ဤစာမျက်နှာကို လိုအပ်သလို ပွားယူပါ။

အဖွဲ့ဝင်၏ လက်မှတ်တို့- _____ ရက်စွဲ- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____

ပါဝင်ဆောင်ရွက်သော မိတ်ဖက်၏ အမည်- _____