

**Отзыв согласия участника программы Health Home
на включение в программу Health Home и передачу
информации — форма для использования в
отношении детей младше 18 лет**

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Управление программ медицинского страхования

Инструкции. Данная форма должна использоваться в отношении детей младше 18 лет, которые были включены в программу Health Home и заполнили форму «Согласие в рамках программы Health Home на / включение в программу / для использования в отношении детей младше 18 лет» (DON 5200) и формы «Согласие в рамках программы Health Home на / передачу информации / для использования в отношении детей младше 18 лет» (DON 5201)*. Настоящая форма предназначена для исключения участников из программы Health Home и отзыва согласия на раскрытие медицинской информации детей, зачисленных в программу Health Home. Отзыв согласия на раскрытие информации о ребенке младше 18 лет предоставляется его родителем, опекуном или законным представителем. В контексте данного отзыва согласия термин «законный представитель» означает «любое лицо или учреждение, уполномоченное по законодательству штата, племени, военному или другому применимому закону, постановлению суда или разрешению действовать от имени какого-либо лица при принятии решений о медицинском обслуживании».

*** [Обратите внимание, что дети, являющиеся родителями, беременными и/или состоящие в браке, и которые иначе способны предоставить согласие, не должны использовать данную форму для выхода из программы и аннулирования своего согласия на раскрытие медицинской информации. Вместо этого им необходимо использовать форму «Передача информации пациента-участника программы Health Home — отзыв согласия» (DON 5058)].**

НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Подписывая настоящую форму, я заявляю, что не хочу, чтобы указанный выше ребенок был участником программы Health Home.

НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME

Подписывая настоящую форму, я понимаю, что с даты ее подписания:

- Я отзываю свое согласие, выданное программе Health Home, на передачу медицинской информации этого ребенка поставщикам услуг и другим сотрудникам программы Health Home, в т. ч. всем лицам, перечисленным в форме «Разрешение в рамках программы Health Home на / передачу информации / для использования в отношении детей младше 18 лет» (DON 5201)
- Поставщики услуг, которые уже имеют медицинскую информацию этого ребенка, не обязаны возвращать ее ни мне, ни этому ребенку или изымать ее из своей документации;
- Эта информация будет по-прежнему находиться под защитой юридических норм и законов штата Нью-Йорк и федеральных юридических норм и законов;
- Этот ребенок по-прежнему сможет получать медицинскую помощь и другие услуги, связанные с управлением медицинским обслуживанием.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, ОПЕКУНА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

КЕМ РЕБЕНКУ ПРИХОДИТСЯ РОДИТЕЛЬ,
ОПЕКУН ИЛИ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ, ОПЕКУНА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА

ДАТА

Типичные вопросы и ответы о медицинской информации и процедуре отзыва согласия на ее передачу

1. Как программа Health Home и поставщики услуг будут далее использовать медицинскую информацию этого ребенка?

Программа Health Home и поставщики услуг больше не имеют права передавать или использовать медицинскую информацию этого ребенка.

2. Что будет дальше с медицинской информацией этого ребенка?

Медицинская информация этого ребенка будет храниться у поставщиков услуг, у которых она уже имеется, но они по-прежнему должны будут защищать ее путем соблюдения всех юридических норм и законов штата Нью-Йорк и федеральных юридических норм и законов.

3. Какие законы и юридические нормы регулируют процедуру передачи медицинской информации этого ребенка?

К данным законам и юридическим нормам относятся: раздел 6530(23) Закона штата Нью-Йорк «Об образовании» (New York Education Law Section 6530(23)), раздел 33.13 Закона штата Нью-Йорк «О психической гигиене» (Mental Hygiene Law Section 33.13), статья 27-F Закона штата Нью-Йорк «Об общественном здравоохранении» (New York Public Health Law Article 27-F), Федеральный закон «Об ответственности и переносе данных о медицинском страховании» от 1996 года (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), части 160 и 164 45-го Свода федеральных правил (45 CFR Parts 160 and 164) и федеральные правила обеспечения конфиденциальности, изложенные в части 2 42-го Свода федеральных правил (42 CFR Part 2).

4. Кто может передавать информацию этого ребенка после того, как я отзываю согласие?

С даты подписания данной формы никто не сможет получить новую медицинскую информацию этого ребенка, но информация, которая уже была передана, возврату не подлежит.

5. Что делать, если кто-либо использует информацию этого ребенка без моего разрешения?

Если вы считаете, что кто-либо использовал вашу информацию, и вы не давали разрешение на ее использование, вы можете:

- Позвонить на горячую линию Medicaid по номеру 1-800-541-2831 или
- Обратиться в US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Департамент здравоохранения и социальных служб США) по номеру 1-800-368-1019 или подать жалобу на сайте <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

Вы также можете позвонить:

- Одному из поставщиков указанной программы, который по вашему утверждению, имеет доступ к учетным записям с вашей информацией;
- Вашему менеджеру по медицинскому обслуживанию или в офис Health Home: _____ по номеру _____ или
- Вашему менеджеру по управляемому медицинскому обслуживанию, если вы участвуете в Плате управляемого медицинского обслуживания.

6. Сколько времени будет действовать отзыв согласия?

Отзыв согласия будет действовать постоянно. Если Вы передумаете, сообщите в программу медицинского обслуживания этого ребенка, его/ее врачу или бывшему учреждению в рамках Health Home, что Вы хотите, чтобы этот ребенок снова участвовал в программе Health Home. В таком случае для повторного включения ребенка в программу Вам придется подписать новые формы согласия.

7. Как мне получить копию данной формы?

После того, как Вы подпишете данную форму отзыва согласия, один ее экземпляр Вам выдадут на руки.