



Department of Health

ANDREW M. CUOMO
Governor

HOWARD A. ZUCKER, M.D., J.D.
Commissioner

SALLY DRESLIN, M.S., R.N.
Executive Deputy Commissioner

Ваше имя (разборчиво): _____ Дата рождения: _____

Форма отказа от предоставления медицинской информации Medicaid в рамках Программы New York State Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP)

Чтобы помочь Вам получать улучшенное медицинское обслуживание в рамках программы DSRIP, программа New York State (NYS) Medicaid хочет предоставить информацию Вашей местной системе Performing Provider System (PPS) в отношении полученных Вами медицинских услуг и лечения. Система PPS включает в себя врачей, которые уже оказывают Вам медицинские услуги. Эта информация поможет Вашему врачу (-ам) и группе медицинских специалистов оказывать Вам улучшенные медицинские услуги. Конфиденциальность Вашей информации крайне важна для нас, и Вы полностью контролируете способы использования Вашей персональной информации.

Являясь участником программы Medicaid, Вы уже дали разрешение программе New York State Medicaid, Вашим медицинским специалистам и Вашему плану медицинского страхования получать доступ к информации, чтобы облегчить получение Вами необходимых медицинских услуг, платить за Ваше медицинское обслуживание и выполнять операции, связанные с предоставлением медицинского обслуживания. Эта форма не вносит какие-либо изменения в это разрешение. На настоящий момент NYS предоставил только Ваши контактные данные Вашей местной системе DSRIP PPS. **Эта форма позволяет Вам проинформировать программу Medicaid о том, что программа не должна предоставлять Вашу медицинскую информацию местной системе DSRIP PPS, и предотвратить передачу PPS любой дополнительной информации, данных и Вашей персональной защищенной медицинской информации, хранящейся в программе Medicaid.** Это называется «отказ от участия». Это означает, что Вы не будете получать услуги, которые PPS разрабатывает в Вашем районе проживания для обеспечения улучшенного медицинского обслуживания для участников программы Medicaid.

Вы можете отказаться от участия и предоставления системе PPS Вашей медицинской информации в рамках программы Medicaid

- позвонив в Службу помощи Medicaid: 1-855-329-8850
для лиц с нарушениями слуха: 1-800-662-1220
- заполнив эту форму и отправив ее почтой по адресу:
NYS Department of Health
PO BOX 11726
Albany, NY 12211

Вы можете отказаться от участия в любое время. Когда Вы отказываетесь от участия, программа NYS Medicaid не предоставляет Вашу персональную защищенную медицинскую информацию Вашей местной системе PPS. Если Вы не хотите, чтобы Ваша защищенная медицинская информация предоставлялась PPS, Вы должны отказаться от участия.

Однако программа NYS Medicaid, Ваши медицинские специалисты и Ваш план медицинского страхования продолжают предоставлять Вашу персональную защищенную медицинскую

информацию в соответствии с подтвержденным Вами согласием при регистрации в программе NYS Medicaid и в рамках, допустимых законами штата Нью-Йорк и федеральными законами.

Если Вы хотите отказаться от предоставления программой Medicaid Вашей медицинской информации Вашей местной системе PPS, Вы должны подать этот запрос в течение 30 дней в Департамент здравоохранения (Department of Health). Для обработки Вашего запроса может потребоваться до 60 дней. Если Вы хотите, чтобы программа Medicaid предоставляла Ваши данные системе PPS, Вам не нужно предпринимать каких-либо действий. Вам не нужно отправлять это письмо обратно.

Я прочитал (-а) этот раздел полностью и понимаю мои права. Я понимаю, что, заполняя эту форму, я заявляю Программе New York State Medicaid о том, что я не желаю, чтобы Программа Medicaid предоставляла мою персональную защищенную медицинскую информацию местной системе Performing Provider System.

Подпись участника Medicaid / родителя / опекуна.

Сегодняшняя дата

Ваш номер Medicaid

Ваш полный номер телефона

If you would like to view this letter in English, please visit the following website:

http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrip/consumers.htm