

## Согласие на участие в расширенной программы патронатного ухода Extended Foster Care Program Consent

Вы решили принять участие в расширенной программе патронатного ухода. Во время вашего участия в расширенной программе патронатного ухода, ваш терапевт и другие лица, вовлеченные в уход за вами, смогут обмениваться друг с другом информацией о вашем состоянии здоровья и/или психическом состоянии. Они должны обмениваться друг с другом информацией о состоянии вашего здоровья/ психическом состоянии, чтобы оказывать вам лучший уход. Если вы не подписали эту форму или не хотите участвовать в расширенной программе патронатного ухода, вы, тем не менее, можете пользоваться льготами, пока вы получаете помощь в рамках Medicaid.

Если вы согласны и подписали эту форму, Координационное подразделение по патронатному уходу (FWB CCU) и партнеры, перечисленные в этой форме, могут получать, изучать, читать, копировать и обмениваться друг с другом ВСЕЙ информацией о состоянии вашего здоровья, которая им нужна, чтобы координировать уход за вами. Информация о вашем здоровье, которую они могут получать, просматривать, прочитывать, копировать и предоставлять другим, может быть получена до подписания этого формы или после него. Ваша медицинская карта может содержать информацию о всех болезнях или травмах, которые могли быть у вас ранее; результаты исследований, например, рентгенографические исследования или результаты анализов крови; а также информацию о лекарственных средствах, которые вы принимаете или принимали ранее. Ваша медицинская карта может также содержать информацию о

1. программах по лечению алкогольной или нарко-зависимости, в которых вы участвуете в настоящее время, или участвовали ранее;
2. услугах по планированию семьи, например, по предупреждению беременности и абортax;
3. наследственных заболеваний;
4. ВИЧ/СПИД4
5. состоянии психического здоровья; и/или
6. инфекциях, передающихся половым путем (заболевания, которые вы можете получить при половом акте).

Информация о состоянии вашего здоровья является конфиденциальной, и не может предоставляться другим людям без вашего разрешения в соответствии с законодательством штата Вашингтон и законодательством и нормативными актами США. Партнеры, у которых есть информация о состоянии вашего здоровья, не могут передавать ее другим лицам, если на это нет вашего согласия, или если это запрещено законом. Это касается информации о состоянии вашего здоровья, хранящейся в компьютерных файлах или в бумажном виде.

Я СОГЛАСЕН/-А разрешить FWB CCU получать ВСЮ информацию о состоянии моего здоровья от партнеров, перечисленных в этой форме, чтобы лучше координировать уход за мной, и, чтобы проверять каким планом я пользуюсь и какие льготы я могу получать. Я также СОГЛАСЕН/-А, что партнеры, перечисленные в этой форме, могут обмениваться информацией о состоянии моего здоровья друг с другом. Я могу изменить свое решение и отозвать свое согласие в любое время, подписав форму Отзыва согласия, и предоставив ее своему социальному работнику или направив ее в FWB CCU. Это не повлияет на ту информацию, которая уже известна.

Я также даю разрешение на раскрытие следующей информации:

ИНФОРМАЦИЯ, ПОДЛЕЖАЩАЯ РАСКРЫТИЮ

ФИО

- результаты тестов на ВИЧ/СПИД и ИППП, диагнозы и протоколы лечения (RCW 70.24.105) \_\_\_\_\_
- Информация о психическом состоянии (RCW 71.05.620) \_\_\_\_\_
- Информация о зависимости от химических веществ (42 CFR Part 2) \_\_\_\_\_

**Некоторые положения законодательства касаются информации о результатах анализов на ВИЧ/ СПИД, психическом здоровье, злоупотреблении наркотиками или алкоголем. Партнеры, использующие информацию о состоянии вашего здоровья, должны соблюдать положения этих законодательных актов. Пожалуйста, прежде чем подписывать эту форму, прочитайте информацию, представленную ниже.**

Если ранее не отменено мною, вышеуказанная информация действительна до \_\_\_\_\_.  
ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ

|   |   |             |
|---|---|-------------|
| НАПЕЧАТАТЬ ИМЯ КЛИЕНТА                              | ДАТА РОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА                         |             |
| ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ЕГО/ ЕЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ | ПОДПИСЬ                                       |             |
| НАПЕЧАТАТЬ ИМЯ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ              | КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КЛИЕНТУ |             |
| СПИСОК ИМЕН УЧАСТВУЮЩИХ ПАРТНЕРОВ                   | ДАТА  | ФИО КЛИЕНТА |
|   |   |             |
|   |   |             |