



Instruction for collecting and submitting Information Sharing Authorization (ISA) to Alameda County Health Care Services Agency

1. Open your browser and go to the URL:
<http://accareconnect.org/information-sharing-authorization/>
2. Scroll to the Information Sharing Authorization section of the web page.
3. Download PDF-formatted ISA document in the language appropriate for your client / patient / consumer (available options are English, Spanish, Chinese, Vietnamese and Tagalog).
4. Open the fillable PDF document in Adobe Acrobat. (*Note: If you do not have Adobe Acrobat please download from the URL: <https://get.adobe.com/reader/>. **You may need to request your IT team to help if you do not have permission to download and install new software.***)
5. Enter Client Name, Date of Birth and Medi-Cal ID (CIN), if known.
6. If the client authorizes a representative to sign on their behalf, please add his or her full name and their relationship to the client at the bottom of the ISA.
7. Scroll down to Page 4 of the ISA to enter your client's choice for sharing Mental Health treatment and HIV test results for the purpose of care coordination.
8. Enter initials for your client in the enterable fields next to the checkboxes. Please make sure that you **enter initials even when the client declines to share that information**. Presence of the initials confirms that the decision to not check the Mental Health treatment and HIV test results are deliberate decision of the client and not inadvertent omission.
9. At this time, to save an electronic copy of this ISA you will need to save the file with the appropriate name on your local directory or your network folder. If you do not want to save a copy press the print button on the Acrobat window.
10. Print the document and have your client or the authorized representative sign and date the ISA (only current date is allowed). [*Note: you can also add the date electronically before printing the ISA*]
11. The ISA is now ready to send to the Alameda County Health Care Services Agency.
Please add a cover letter with your name, phone number, email and your organization or facility's name and fax the form to (510) 244-0596.

授權分享您受保護的健康及個人資訊

當事人姓名：_____ 出生日期：_____

Medi-Cal 投保人識別編號 (Client Identification Number, CIN) (如知曉)：_____

Alameda 郡 (「郡政府」) 需要您提供授權，以分享您受保護的健康資訊及其他個人資訊 (下稱「資訊」)。如您同意，您的資訊將由郡政府及下列幾類組織分享及交流，以協助協調您的照護、資源及人道服務。

- 生理及心理健康服務提供者
- 健康計畫
- 監獄健康服務提供者
- 危機回應服務提供者
- 社會安全機構
- 住房支援
- 社區服務 (例如，食物銀行、公共圖書館、法律服務)

您在以上類型組織中的資訊亦將分享給藥物濫用疾患 (Substance Use Disorder, SUD) 保健業者。SUD 保健業者接收其的目的僅為幫助協調您的護理、資源及人道服務。請注意：本授權不允許 SUD 保健業者分享您的 SUD 資訊。

分享資訊可讓您更容易瞭解自己是否有資格使用這些資源。這可讓您享受服務並參與郡政府及 Alameda 郡內其他組織所推動的計畫，以改善您的健康狀況 (下稱「服務」及「計畫」)。其中包含 Alameda County Care Connect (Care Connect)、Healthcare for the Homeless 及 Everyone Home 等的計畫和服務。

您有權選擇是否要在此授權表格 (下稱「表格」) 上簽名。無論您作出何種選擇，您獲得醫療服務、治療或公共人道服務的權利均不會有所改變。

透過在此表格上簽名，即表示您同意我們將您的資訊與「郡政府」和上述類型的組織分享及交流。我們會使用這些資訊以瞭解您是否有資格使用其他資源、協助您與這些資源交流聯繫，以及協助落實資源間的協調事宜，從而為您提供更妥善的服務。

如果您未在此表格上簽名，您仍然可以接受醫療服務、治療或公共人道服務。不簽名可能讓您無法完全參與郡政府為了協調您的照護而提供的特定計畫。

分享資訊對我有何好處？

如果您同意分享資訊，為您提供服務的資源將能夠：

- 識別您的身份並讓您與計畫、服務或資源產生連結，從而有益於您的健康及福祉。
- 更妥善地協調您的照護。
- 改善服務品質。
- 執行郡內的其他計畫事項。

資訊將會以何種方式分享？

我們會使用社區健康記錄，以電子格式分享您的資訊。這種類型的電腦程式可讓各組織分享資訊，以改善人們的健康情況。我們會以口頭和書面格式分享您的資訊。

哪些人員會分享我的資訊？

我們會將您資訊與郡政府和上述類型的組織分享及交流。您在以上類型組織中的資訊亦將分享給 **SUD** 保健業者。這些組織可能包含任職於郡政府並負責轉介或諮詢專線的人員。其也可能包含目前、過去及未來與您的照護相關的組織。我們會列印當前組織清單並提供給您。也可造訪 www.accareconnect.org/organizations 存取該清單。

我們已與其分享資訊的人員或組織可能會使用或披露您的資訊，而無需遵循隱私權法律之規範。

我能否瞭解我的
資訊分享給了哪些人員？

您有權要求曾使用此表格存取您資訊的組織清單。若要提出此項要求，請撥打 **(510) 618-1997** 聯絡 **Alameda** 郡社會健康資訊交換服務台（「服務台」）。

哪些資訊會被分享？

我們會分享您在過去、現在和未來參與之計畫及服務的相關資訊。這包含關於下列項目的資料：

- 生理及心理健康情況。
- 住房、人道或法律需求。

受到聯邦法律 **42 C.F.R. 第 2 部分** 保護的藥物濫用疾患 (SUD) 資訊不屬於此授權的範圍內。

分享的資訊可能包含下列詳細資料：

- 您的姓名、地址、出生日期等。
- 您的醫療或心理健康及治療狀態。
- 您的住房、食物、交通、工作、收入及殘障人士需求。
- 您透過郡社會服務機構（如 **Medi-Cal**、**CalFresh**、**General Assistance**、**CALWORKs**、取得的支持（**Supplemental Security Income**）。

如果我沒有簽名，哪些資訊仍會被分享？

州法及聯邦法律已經允許分享一些資訊。例如，醫療照護組織可分享您的健康資訊，以便為您提供治療、取得款項和執行其計畫。簽署此表格並不會變更可依據這些法律分享的內容。

我可以限制分享内容嗎？

您可以在「特殊許可」部分中限制分享心理健康治療及理健康治療及人類免疫缺乏病毒(Human Immunodeficiency Virus, HIV)檢驗結果的資訊。

如果我簽名，之後能否改變心意？

您有權改變對於分享資訊的決定，而且可以隨時撤銷此授權。此表格在您以書面方式取消或變更授權之日期前有效。

- 若要取消或變更授權，請諮詢您的照護團隊成員。您可以填妥新表格，即可反映變更內容。任何變更將自您簽署新表格之日期起生效。
- 但在該時間之前分享的任何資料或資訊將無法取消。

此部分包含除非您提供特殊許可方能分享的資訊。

如果您在下方勾選方塊並註明姓名首字母縮寫，即表示您允許我們分享這些特殊類別中的過去、現在及未來之照護和服務。

如果您並未勾選方塊，我們將不會分享該資料或資訊。

即使這些內容現在不適用於您，則勾選方塊及註明姓名首字母縮寫，有助於確保可在未來視需要分享您的資訊。

- 心理健康治療 _____ (姓名首字母縮寫) (將不會包含心理治療記錄。)
- HIV 檢驗結果 _____ (姓名首字母縮寫)

我有權：

- 拒絕在此表格上簽名。
- 收到此表格的副本。

在此表格上簽名，即表示我同意：

- 我已詳閱此表格或是有 Alameda 郡代表或照護團隊成員為我讀出內容。
- 我瞭解其中的內容。
- 我授權依據上述規定分享我的資訊。
- 此授權在 1 年內或是在我以書面方式變更或撤銷授權前仍具法律效力。我可以聯絡照護團隊成員以變更或撤銷授權。

當事人簽名

日期

如果是由當事人以外人員簽名，請寫下該名人員與當事人的關係：

與當事人的關係

個人代表姓名

日期