Alameda County
Health Care Services Agency

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.**
12. **Do not modify, alter or change the content or structure of the ISA form. Any submissions of ISA forms with modifications, changes or alterations will <u>not</u> be accepted.**

Alameda County
Health Care Services Agency

Alameda ਕਾਉਂਟੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ

ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਮ: ______________________________ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: ____________

Medi-Cal CIN (ਜੇ ਪਤਾ ਹੈ): _______________

Alameda ਕਾਉਂਟੀ ("ਕਾਉਂਟੀ") ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ("ਜਾਣਕਾਰੀ") ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਕਹਿ ਰਹੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਾਉਂਟੀ (ਨਾਲ ਅਤੇ ਤੋਂ) ਅਤੇ ਹੇਠਲੀ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਸੰਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

- ਸਰੀਰਕ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ
- ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ
- ਜੇਲ੍ਹ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ
- ਸੰਕਟ ਪ੍ਰਤਿਕਿਰਿਆ ਪ੍ਰਦਾਤਾ
- ਸਮਾਜਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਏਜੰਸੀ
- ਹਾਉਸਿੰਗ ਸਹਾਇਤਾ
- ਕਮਿਉਨਿਟੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ, ਫੂਡਬੈਂਕ, ਜਨਤਕ ਲਾਈਬ੍ਰੇਰੀਆਂ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਨਸ਼ੇ ਕਰਨ ਦੇ ਵਿਕਾਰ (Substance Use Disorder, SUD) ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। SUD ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਸਿਰਫ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਸੰਸਾਧਨ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਤਾਲਮੇਲ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੀ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਗੇ। ਨੋਟ: ਇਹ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ SUD ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ SUD ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨਾ ਅਸਾਨ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸੰਸਾਧਨਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ("ਸੇਵਾਵਾਂ" ਅਤੇ "ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ") ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ Alameda ਕਾਉਂਟੀ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਚਲਾਏ ਜਾਂਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ Alameda ਕਾਉਂਟੀ ਕੇਅਰ ਕਨੈਕਟ (ਕੇਅਰ ਕਨੈਕਟ), ਬੇਘਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ, ਅਤੇ ਹਰ ਕਿਸੇ ਲਈ ਘਰ ਜਿਹੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਫਾਰਮ ("ਫਾਰਮ") 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨਾ ਤੁਹਾਡੀ ਮਰਜ਼ੀ ਹੈ। ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਜਨਤਕ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ (ਨਾਲ ਅਤੇ ਤੋਂ) ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਸੰਸਾਧਨਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਹਤਰ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਲਈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਤਾਲਮੇਲ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਇਲਾਜ, ਜਾਂ ਜਨਤਕ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਾ ਕਰਨਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਕੁਝ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜਿਹੜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸੇਵਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ, ਉਹ ਇਹ ਕਰ ਸਕਣਗੇ:

- ਉਹਨਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸੰਸਾਧਨਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਜੋੜ ਸਕਣਗੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੋਣ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਬਿਹਤਰ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨਾ।
- ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣਾ।
- ਕਾਉਂਟੀ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਚਲਾਉਣਾ।

ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ?

ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਮਿਉਨਿਟੀ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਿਆਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਹ ਇੱਕ ਕਿਸਮ ਦਾ ਕੰਪਿਊਟਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ ਜੋ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ

ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜ਼ਬਾਨੀ ਅਤੇ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕੌਣ ਸਾਂਝਾ ਕਰੇਗਾ?

ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਾਉਂਟੀ (ਨਾਲ ਅਤੇ ਤੋਂ) ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ SUD ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਉਹ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਕਾਉਂਟੀ ਰੈਫ਼ਰਲ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਕਾਲ ਲਾਈਨਾਂ ਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਉਹ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ ਮੌਜੂਦਾ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਮੌਜੂਦਾ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸੂਚੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਸਨੂੰ www.accareconnect.org/organizations 'ਤੇ ਵੀ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਉਹ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਕਾਨੂੰਨ ਅਧੀਨ ਆਏ ਬਿਨਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਕੀ ਮੈਂ ਇਹ ਜਾਣ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਸ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਉਹਨਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਿਆਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਅਜਿਹੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, Alameda County Social Health Information Exchange Help Desk (Alameda ਕਾਉਂਟੀ ਸਮਾਜਕ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਐਕਸਚੇਜ਼ ਹੈਲਪ ਡੈਸਕ) ("ਹੈਲਪ ਡੈਸਕ") ਨੂੰ (510) 618-1997 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਕਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ?

ਉਹਨਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ

ਕੀਤੀਆਂ ਸਨ, ਹੁਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋਗੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਡੇਟਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:

- ਸਰੀਰਕ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ।
- ਰਿਹਾਇਸ਼, ਮਨੁੱਖੀ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਲੋੜਾਂ।

ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ 42 C.F.R. ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਸ਼ੇ ਕਰਨ ਦੇ ਵਿਕਾਰ (SUD) ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੇਰਵੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

- ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਆਦਿ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਇਲਾਜ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਹਾਇਸ਼, ਭੋਜਨ, ਆਵਾਜਾਈ, ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਅਪਾਹਜਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਲੋੜਾਂ।
- ਜੋ ਮਦਦ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal, CalFresh, ਆਮ ਸਹਾਇਤਾ, CALWORK, ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨੀ ਜਿਹੀਆਂ ਕਾਉਂਟੀ ਸਮਾਜਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਏਜੰਸੀ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਮੈਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਫਿਰ ਵੀ ਕਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਜਿਵੇਂ ਕਿ, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ, ਪੈਸੇ ਲੈਣ, ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਨਾਲ ਇਹਨਾਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਅ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਮੈਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?	ਤੁਸੀਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਇਜਾਜ਼ਤ ਵਾਲੇ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਸੰਬੰਧੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
ਜੇ ਮੈਂ ਹੁਣ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਮੈਂ ਬਾਅਦ 'ਚੋਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?	ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਰੱਦ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਉਸ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਰੱਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਬਦਲਦੇ ਨਹੀਂ ਹੋ। • ਰੱਦ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਦਲਾਅ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। ਬਦਲਾਅ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਨਵੇਂ ਬਦਲਾਅ ਨਵਾਂ ਫਾਰਮ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੀ ਲਾਗੂ ਹੋਣਗੇ। • ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਡੇਟਾ ਜਾਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਲਈ ਜਾ ਸਕਦੀ।

ਇਸ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਸ਼ੇਸ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਡੱਬੇ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਵਿੱਚ ਪਿਛਲੀਆਂ, ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਡੱਬੇ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਹ ਡੇਟਾ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ।

ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਅੱਜ ਤੁਹਾਡੇ ‘ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਡੱਬੇ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉਣਾ ਅਤੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖਣਾ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਲੋੜ ਪੈਣ ‘ਤੇ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

☐ **ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਇਲਾਜ** _________ (ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ) (ਸਾਈਕੋਥੈਰੇਪੀ ਨੋਟ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੇ।)
☐ **HIV ਟੈਸਟਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ** _________ (ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ)

ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ:

- ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ।
- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।

ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤੀ ਜਤਾਉਂਦੇ ਹੋ:

- ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ Alameda ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਨੇ ਮੈਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਇਆ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਇਸ ਨੂੰ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਉੱਤੇ ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।
- ਇਹ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ 1 ਸਾਲ ਦੀ ਮਿਆਦ ਲਈ, ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰਨ ਤੱਕ ਲਾਗੂ ਰਹੇਗੀ। ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਇਹ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

____ ______________________

ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਮਿਤੀ

ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨਾਲ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇ ਨੂੰ ਲਿਖੋ:

____

ਕਲਾਇੰਟ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ

____ _______________________

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ ਮਿਤੀ

Alameda County
Health Care Services Agency

ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈਣਾ

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਮ: ______________________________________ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _______________

Medi-Cal CIN (ਜੇ ਪਤਾ ਹੈ): ___________________

ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਵਾਪਸ ਲੈਣੀ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ। (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਭੇਜੋ)

ਕਲਾਇੰਟ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ:

____ _________/_________/_________
ਮਹੀਨਾ *ਦਿਨ* *ਸਾਲ*

ਜੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਰਿਸ਼ਤਾ ਅਤੇ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

____