



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, Punjabi 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. 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.
9. 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*]
- 10. 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.**
- 11. 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 not be accepted.**
12. Clients can revoke their authorizations at any time by sending a letter, email or filling out page 5 of this form. If the last method is used for revocation, do not fax the form. Instead upload the scanned copy of the page 5 to the CHR.



Giấy Cho Phép Chia Sẻ Thông Tin của Quận Alameda

Giấy Cho Phép Chia Sẻ Thông Tin Cá Nhân và Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

Tên Khách Hàng: _____ Ngày Sinh: _____

Số Danh Mục Khách Hàng (Client Index Number, CIN) Medi-Cal (Nếu biết): _____

Quận Alameda (“Quận”) đang đề nghị quý vị cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ và thông tin cá nhân khác của quý vị (“thông tin”). Nếu quý vị đồng ý, thông tin của quý vị sẽ được chia sẻ với (tới và từ) Quận và các loại tổ chức sau để nhằm hỗ trợ công tác điều phối hoạt động chăm sóc, nguồn hỗ trợ và dịch vụ nhân sự cho quý vị.

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất và tâm thần
- Các chương trình chăm sóc sức khỏe
- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Trong Tù
- Nhà cung cấp dịch vụ ứng phó khủng hoảng
- Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội
- Tổ chức hỗ trợ nhà ở
- Các dịch vụ hỗ trợ cộng đồng, ví dụ: ngân hàng thực phẩm, thư viện công cộng, dịch vụ pháp lý

Thông tin của quý vị từ các loại tổ chức trên cũng sẽ được chia sẻ cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị Hội Chứng Rối Loạn Do Sử Dụng Drogen Chất (Substance Use Disorder, SUD). Nhà cung cấp dịch vụ điều trị SUD chỉ có thể nhận thông tin đó nhằm giúp điều phối dịch vụ nhân sự, nguồn hỗ trợ và dịch vụ chăm sóc của quý vị. Lưu ý: Giấy cho phép này không cho phép Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Điều Trị SUD được chia sẻ thông tin về SUD của quý vị.

Nếu quý vị cho phép chia sẻ thông tin, chúng tôi có thể dễ dàng biết được liệu quý vị có đủ điều kiện nhận được các nguồn hỗ trợ hay không. Không chỉ vậy, quý vị còn có thể nhận được các dịch vụ và tham gia vào các chương trình do Quận và các tổ chức khác tại Quận Alameda điều hành để cải thiện sức khỏe của mình (“dịch vụ” và “chương trình”). Có thể kể đến các chương trình và dịch vụ như Alameda County Care Connect (Care Connect), Healthcare for the Homeless, và Everyone Home.

Có ký tên vào Biểu Mẫu Cho Phép (“Biểu Mẫu”) này hay không là tùy thuộc ở quý vị. Quyết định của quý vị hoàn toàn không ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận các dịch vụ y tế, điều trị hay dịch vụ nhân sự cộng đồng của quý vị.

Khi quý vị ký tên vào Biểu Mẫu này, tức là quý vị đang cho phép chia sẻ thông tin với (tới và từ) Quận và các loại tổ chức kể trên. Thông tin này sẽ được sử dụng để nhận biết liệu quý vị có đủ điều kiện tiếp nhận các nguồn trợ giúp khác hay không, để giúp kết nối quý vị đến các nguồn trợ giúp này và điều phối các nguồn đó để nhằm phục vụ quý vị tốt hơn.

Nếu quý vị không ký tên vào Biểu Mẫu này, quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ y tế, điều trị và dịch vụ nhân sự cộng đồng. Tuy nhiên, nếu không ký, quý vị sẽ không thể tham gia một cách toàn diện vào một số chương trình điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong Quận.

Việc chia sẻ thông tin sẽ mang lại lợi ích gì cho tôi?

Nếu quý vị cho phép chia sẻ thông tin, những tổ chức phục vụ quý vị sẽ có thể:

- Tìm kiếm và kết nối quý vị tới những chương trình, dịch vụ và nguồn trợ giúp có thể đem lại lợi ích cho sức khỏe thể chất và tinh thần của quý vị.
- Điều phối tốt hơn dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Cải thiện chất lượng dịch vụ.
- Triển khai hoạt động khác của chương trình trong phạm vi Quận.

Thông tin sẽ được chia sẻ như thế nào?

Thông tin của quý vị sẽ được chia sẻ dưới các định dạng điện tử thông qua hồ sơ y tế cộng đồng. Đây là một loại chương trình máy tính cho phép các tổ chức chia sẻ thông tin để nhằm cải thiện sức khỏe của mọi người. Ngoài ra, thông tin của quý vị cũng sẽ được chia sẻ dưới định dạng lời nói và văn bản.

Ai là người sẽ chia sẻ thông tin của tôi?

Thông tin của quý vị sẽ được chia sẻ với (tới và từ) Quận và các loại tổ chức kể trên. Thông tin của quý vị từ các loại tổ chức trên cũng sẽ được chia sẻ cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị SUD. Các tổ chức có thể gồm nhân viên thuộc đường dây tư vấn hoặc giới thiệu của Quận. Ngoài ra, còn gồm các tổ chức đã, đang và sẽ tham gia vào dịch vụ chăm sóc của quý vị. Quý vị sẽ nhận được bản in danh sách các tổ chức hiện tại. Quý vị cũng có thể truy cập danh sách này tại địa chỉ www.accareconnect.org/organizations.

Cá nhân hoặc tổ chức nhận được thông tin của quý vị có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của quý vị mà không phải tuân thủ luật về quyền riêng tư.

Liệu tôi có thể tìm hiểu xem thông tin của mình đang

Quý vị có quyền yêu cầu cung cấp danh sách các tổ chức được quyền tiếp cận thông tin của quý vị bằng

được chia sẻ cho những ai không?

cách sử dụng Biểu Mẫu này. Để yêu cầu, hãy gọi điện đến Bộ Phận Hỗ Trợ Trao Đổi Thông Tin Sức Khỏe và Dịch Vụ Xã Hội của Quận Alameda ("Bộ Phận Hỗ Trợ") theo số (510) 618-1997.

Những thông tin nào sẽ được chia sẻ?

Đó là thông tin về các chương trình và dịch vụ mà quý vị đã, đang và sẽ nhận được. Gồm dữ liệu về:

- Tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần.
- Nhu cầu về nhà ở, nhân sự hoặc pháp lý.

Thông tin về Tình Trạng Rối Loạn Do Sử Dụng Dược Chất (SUD) được bảo vệ theo Luật liên bang 42, Bộ Luật Liên Bang (Code of Federal Regulations, C.F.R.) Phần 2 và không thuộc phạm vi chia sẻ theo giấy cho phép này.

Thông tin được chia sẻ có thể gồm các chi tiết như:

- Tên, địa chỉ, ngày sinh, v.v.
- Tình trạng sức khỏe thể trạng hoặc tinh thần, và các biện pháp điều trị.
- Nhu cầu về nhà ở, thực phẩm, đi lại, việc làm, thu nhập và tình trạng khuyết tật của quý vị.
- Hỗ trợ quý vị nhận được thông qua Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Quận như Medi-Cal, CalFresh, Hỗ Trợ Chung, CALWORKs, Trợ Cấp Thêm Thu Nhập (Supplemental Security Income).

Thông tin nào sẽ vẫn được chia sẻ dù tôi không ký tên?

Theo luật của Tiểu Bang và Liên Bang, có một số thông tin vẫn sẽ được chia sẻ. Ví dụ: các tổ chức chăm sóc sức khỏe có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị nhằm mục đích điều trị cho quý vị, nhận thanh toán và điều hành các chương trình của họ. Việc quý vị quyết định ký vào Biểu Mẫu này sẽ không làm thay đổi những thông tin cần phải chia sẻ theo các luật này.

Liệu tôi có thể giới hạn nội dung thông tin bị chia sẻ không?

Quý vị có thể giới hạn phạm vi chia sẻ thông tin về quá trình điều trị sức khỏe tâm thần và kết quả xét nghiệm HIV trong phần cho phép đặc biệt này.

Nếu tôi ký tên, liệu sau này tôi có thể đổi ý không?

Quý vị có quyền đổi ý về việc chia sẻ và thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào. Biểu Mẫu này sẽ có hiệu lực cho đến ngày quý vị hủy hoặc thay đổi quyết định bằng văn bản.

- Để hủy hoặc thay đổi điều gì đó, hãy trao đổi với Thành Viên Nhóm Chăm Sóc của quý vị. Quý vị có thể điền thông tin vào một Biểu Mẫu mới để ghi rõ (những)

điều mà quý vị muốn thay đổi. Mọi thay đổi sẽ có hiệu lực kể từ ngày quý vị ký tên vào Biểu Mẫu mới.

- Mọi dữ liệu hoặc thông tin được chia sẻ trước thời điểm đó sẽ không thể thu hồi được.

Phần Bắt Buộc Chúng tôi cần sự cho phép đặc biệt của quý vị để chia sẻ thông tin về chương trình điều trị sức khỏe tâm thần và kết quả xét nghiệm HIV.

Nếu quý vị cho phép, thông tin về chương trình điều trị sức khỏe tâm thần và kết quả xét nghiệm HIV của quý vị sẽ được chia sẻ với (tới và từ) Quận và các tổ chức được liệt kê ở trên để hỗ trợ công tác điều phối hoạt động chăm sóc, nguồn hỗ trợ và dịch vụ nhân sinh cho quý vị. Ngay cả khi những điều này hiện không áp dụng cho quý vị thì việc cấp quyền có thể giúp đảm bảo thông tin của quý vị có thể được chia sẻ trong tương lai nếu cần.

Điều trị sức khỏe tâm thần

Tôi cho phép chia sẻ thông tin về chương trình điều trị sức khỏe tâm thần trong quá khứ, hiện tại và tương lai của tôi. (Các ghi chú về việc trị liệu tâm lý sẽ không được chia sẻ.)

Có Không

Kết quả xét nghiệm HIV

Tôi cho phép chia sẻ thông tin về kết quả xét nghiệm HIV trong quá khứ, hiện tại và tương lai của tôi.

Có Không

Tôi có quyền:

- Từ chối ký vào Mẫu Đơn này.
- Nhận bản sao Mẫu Đơn này.

Bằng việc ký vào Mẫu Đơn này, tôi đồng ý rằng:

- Tôi đã đọc Mẫu Đơn này hoặc được Đại Diện Quận Alameda hay Thành Viên Nhóm Chăm Sóc đọc cho nghe Mẫu Đơn này.
- Tôi hiểu nội dung Mẫu Đơn.
- Tôi cho phép chia sẻ thông tin của tôi như mô tả trên đây.
- Sự cho phép này sẽ có hiệu lực trong thời hạn 1 năm hoặc cho đến khi tôi thay đổi hoặc thu hồi sự cho phép bằng văn bản. Tôi có thể thực hiện việc này bằng cách liên hệ với Thành Viên Nhóm Chăm Sóc của tôi.

Chữ Ký Khách Hàng

Ngày

Nếu người khác ký thay cho khách hàng, vui lòng ghi rõ mối quan hệ giữa người đó với khách hàng:

Mối Quan Hệ với Khách Hàng

Tên của Đại Diện Cá Nhân



Thu Hồi Việc Cho Phép Chia Sẻ Thông Tin

Tên Khách Hàng: _____ Ngày Sinh: _____

Số Định Danh Khách Hàng (Client Index Number, CIN) Medi-Cal (Nếu biết): _____

Tôi muốn thu hồi sự cho phép của mình. (Vui lòng gửi tới thành viên trong Nhóm Chăm Sóc của quý vị)

Chữ ký của Khách Hàng hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp của Khách Hàng:

Ngày / Tháng / Năm

Nếu do Người Đại Diện Hợp Pháp của Khách Hàng ký tên, vui lòng nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền ký:
