

આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતા

PerformCARE®

આ ફોર્મનો ઉપયોગ જ્યાં ફેડરલ અને રાજ્ય ગોપનીયતા કાયદા દ્વારા તમારી અધિકૃતતા આવશ્યક હોય ત્યાં
તમારી સંરક્ષિત આરોગ્ય માહિતી ("PHI") શેર કરવા માટે થાય છે.

HIPAA ના ગોપનીયતા નિયમોને વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી આરોગ્ય માહિતીના સંરક્ષણ જરૂર છે. "સંરક્ષિત
આરોગ્ય માહિતી" ને નિયમો એવી માહિતી તરીકે વ્યાપ્તાયિત કરે છે જે નીચેની બાબતો સાથે સંબંધિત છે:

- ભૂતકાળ, વર્તમાન અથવા ભવિષ્યમાં કોઈ વ્યક્તિનું શારીરિક અથવા માનસિક આરોગ્ય અથવા સ્થિતિ.
- વ્યક્તિ માટે આરોગ્ય સંભાળની જોગવાઈ.
- વ્યક્તિની આરોગ્ય સંભાળની જોગવાઈ માટે ભૂતકાળ, વર્તમાન અથવા ભવિષ્યની ચુકવણી.

સંરક્ષણ વ્યક્તિ પાસેથી એકત્રિત કરવામાં આવેલી અથવા આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા, આરોગ્ય યોજના, આરોગ્ય
સંભાળ ક્લિયરિંગાહાઉસ અથવા નિયોક્તા દ્વારા મેળવેલ અથવા બનાવેલ માહિતીને લાગુ પડે છે અને કોઈપણ
સ્વરૂપ અથવા માધ્યમમાં જાળવી રાખવામાં અથવા પ્રસારિત કરવામાં આવે છે.

તમારી અધિકૃતતા PerformCare NJ ને તમારા દ્વારા પસંદ કરેલ વ્યક્તિ(ઓ) અથવા સંસ્થા(ઓ) સાથે તમારી PHI
શેર કરવા માટે પરવાનગી આપે છે. તમે તે વ્યક્તિ(ઓ) અને સંસ્થા(ઓ) ને PerformCare NJ સાથે તમારી PHI શેર
કરવાની પરવાનગી આપવાનું પણ પસંદ કરી શકો છો. તમે PerformCare NJ ને વિનંતી સબમિટ કરીને કોઈપણ
સમયે આ અધિકૃતતાને રદ કરી શકો છો. વધુ સૂચનાઓ માટે સભ્ય સેવાઓનો **1-877-652-7624** અથવા **TTY**
(સાંભળવાની ક્ષતિથી પીડતા લોકો માટે) **1-866-896-6975** પર સંપર્ક કરો.

લાગ A. યુવાનની માહિતી: (વ્યક્તિ કે જેની PHI શેર કરવામાં આવશે)

યુવાનનું પ્રથમ નામ:	મધ્ય આધ્યાક્ષર:	
અટક:	સાયબર ID:	
શેરીનું સરનામું:		
શહેર:	રાજ્ય:	પિન કોડ:
યુવાનની જન્મ તારીખ:	દિવસના સમયનો ટેલિફોન નંબર (વિસ્તાર કોડ સાથે):	
ઇમેઇલ સરનામું:		
ઇમેઇલ સરનામું:		

લાગ B. પ્રાપ્તકર્તા: (વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા કે જે તમારી PHI પ્રાપ્ત કરશે)

નિયમિત વ્યક્તિ અથવા સંસ્થાને મારી PHI પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે:

શું તમે ઈચ્છો છો કે નિયમિત વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા પણ તમારી PHI અમારી સાથે શેર કરે? હા ના

પ્રથમ નામ:	અટક:	
સંસ્થાનું નામ (જો લાગુ પડતું હોય તો):		
સરનામું:		
શહેર:	રાજ્ય:	પિન કોડ:
ટેલિફોન નંબર (વિસ્તાર કોડ સાથે):	ફેક્સ નંબર (વિસ્તાર કોડ સાથે):	
લાગ A માં યુવાન સાથે સંબંધ:	પ્રાપ્તકર્તાનું ઇમેઇલ:	

આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતા

ભાગ C. PHI નું વર્ણન જે શેર કરવામાં આવશે:

કચ્ચા પ્રકારની PHI શેર કરી શકાય છે તે અમને જણાવો. તમે ઇથો તેટલા બોક્સને ચિહ્નિત કરી શકો છો. ઓછામાં ઓછું એક બોક્સ પસંદ કરવું આવશ્યક છે. નોંધ: ફેડરલ અને રાજ્ય કાયદા દ્વારા તમારી અધિકૃતતા વિના કેટલીક PHI શેર કરવાની પરવાનગો છે.

તબીબી રેકોડ્સ

- માનસિક/વર્તણૂકીય આરોગ્ય અને તબીબી સ્થિતિઓ સિવાય, મારા આરોગ્ય અને મારા આરોગ્ય સંબંધિત સંભાળ લાભો અને સેવાઓની જોગવાઈ અને ચુકવણી સાથે સંબંધિત તમામ PHI આગળના એક બોક્સ હેઠળ વર્ણવેલ છે.** નોંધ: મનોરોગચિકિત્સાની નોંધોને શેર કરવા માટે ફેડરલ કાયદા અનુસાર એક અલગ અધિકૃતતાની આવશ્યકતા હોય છે.
- કેટલાક કાયદાઓ તમને ચોક્સ તબીબી સ્થિતિઓ સંબંધિત PHI શેર કરવાની વિશેષ પરવાનગી આપવાની મંજૂરી આપે છે. જો આ તબીબી સ્થિતિઓને લગતી PHI શેર કરવી અમારા માટે યોગ્ય હોય તો નીચે આપેલ બોક્સને ચિહ્નિત કરવા વિનંતી. આ બોક્સને ચિહ્નિત કરીને, તમે આ તબીબી સ્થિતિઓ વિશેની તમારી PHI ધરાવતા તમામ રેકોડ્સને શેર કરવાની પરવાનગી આપો છો. જો તમે ચોક્સ તબીબી સ્થિતિ વિશેના રેકોડ્સના કોઈ ભાગને શેર કરવાને અધિકૃત કરવા માંગતા હો, જેમ કે ફક્ત એક નિદાન વિશેના રેકોડ્સ, તો નીચે “ફક્ત મર્યાદિત માહિતી” વિભાગને ભરો.

આનુવંશિક માહિતી

જાતીય રોગ

HIV/એઇડ્સ

ગર્ભપાત અને પરિવાર નિયોજન

માદક પદાર્થ અથવા આલ્કોહોલનો ઉપયોગ

સંકમિત રોગો

માનસિક/વર્તણૂકીય આરોગ્ય સંબંધિત રેકોડ્સ

- કેટલાક કાયદાઓ તમને માનસિક/વર્તણૂકીય આરોગ્ય સંબંધિત PHI શેર કરવાની વિશેષ પરવાનગી આપવાની મંજૂરી આપે છે. જો માનસિક/વર્તણૂકીય આરોગ્યને લગતી PHI શેર કરવી અમારા માટે યોગ્ય હોય તો નીચે આપેલ બોક્સને ચિહ્નિત કરવા વિનંતી. આ બોક્સને ચિહ્નિત કરીને, ઈનપેશનની સારવાર સહિત તમે માનસિક/વર્તણૂકીય આરોગ્ય વિશેના તમારી PHI ધરાવતા તમામ રેકોડ્સને શેર કરવાની પરવાનગી આપો છો.
- માનસિક/વર્તણૂકીય આરોગ્ય (ઇનપેશનની સારવાર સહિત)

- ફક્ત મર્યાદિત માહિતી. નીચે આપેલ બોક્સમાં, તમે જે PHI શેર કરવા માંગો છો તેનું વર્ણન કરો. ઉદાહરણ:

• [તારીખ] પર મારી સેવાથી સંબંધિત દાવો.

• [તારીખ] પર મારા દાવાને લગતી અપીલની માહિતી.

કૃપા કરીને તમે જે માહિતીને શેર કરવા માંગો છો તેનું વર્ણન કરો:

ભાગ D. આ અધિકૃતતાનો હેતુ:

આ અધિકૃતતા નિયન્ત્રિત હેતુઓ માટે PHI શેર કરવા માટે માન્ય છે. (કૃપા કરીને એક અથવા બંને બોક્સને ચિહ્નિત કરો.)

મારી આરોગ્ય સંબંધિત જરૂરિયાતો માટે નિદાન, સારવાર, વ્યવસ્થાપન અને/અથવા ચુકવણી કરવામાં સહાય માટે.

અથવા

નિયન્ત્રિત કારણોસર:

જો ઉપર જણાવેલ હેતુ(હેતુઓ) સિવાયના કોઈપણ અન્ય હેતુ માટે આ અધિકૃતતા ઉપયોગમાં લેવાય તો તે અમાન્ય રહેશે.

તારીખ:

આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતા

ભાગ E. આ અધિકૃતતાની સમાપ્તિ તારીખ:

આ અધિકૃતતા તેના પર હસ્તાક્ષર થયાની તારીખના એક (1) વર્ષ પછી આપમેળે સમાપ્ત થઈ જશે, સિવાય કે તમે એ પહેલાંની તારીખ પસંદ કરી હોય. જો તમે ઈછો છો કે આ અધિકૃતતા વહેલી સમાપ્ત થાય, તો કૃપા કરીને નીચે સમાપ્તિ તારીખ આપો.

હું ઈચ્છું છું કે આ અધિકૃતતા અહીં આપેલ તારીખે સમાપ્ત થાય _____.

અથવા

આ ઘટના અથવા સ્થિતિ પૂર્ણ થયા પછી: _____

ભાગ F. મંજૂરી: (તમારે અથવા તમારા વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિએ આ ફોર્મ પર પ્રક્રિયા હાથ ધરવામાં આવે તે માટે તેના પર હસ્તાક્ષર કરવા અને તારીખ લખવી આવશ્યક છે.)

હું સમજું છું કે મારી PHI શેર કરવા માટેની આ અધિકૃતતા સ્વૈચ્છિક છે અને તે લાભો માટેની પાત્રતા અથવા દાવાની યુક્તવણી માટેની શરત નથી. આ અધિકૃતતાને રદ કરવા માટે PerformCare NJ ને ઘટના/સ્થિતિની જાણ કરવી આવશ્યક છે. આ અધિકૃતતા તેના પર હસ્તાક્ષર થયાની તારીખના એક વર્ષ પછી આપમેળે સમાપ્ત થઈ જશે, સિવાય કે તમે એ પહેલાંની તારીખ પસંદ કરી હોય. હું સમજું છું કે હું PerformCare ને વિનંતી સબમિટ કરીને કોઈપણ સમયે આ અધિકૃતતાને રદ કરી શકું છું, અને આ અધિકૃતતાને રદ કરવાથી મારી વિનંતી રદ કરવાની વિનંતી પહેલાં અધિકૃતતાના અનુસંધાનમાં લેવાયેલા કોઈપણ પગલાંને અસર થશે હીં.

હું એ પણ સમજું છું કે જો હું આ અધિકૃતતા રદ કરું, તો મારે ઉપરોક્ત ભાગ B માં સૂચિબદ્ધ વ્યક્તિ(ઓ) અથવા સંસ્થા(ઓ)ને અલગથી સૂચિત કરવું જોઈએ કે શું હું ઈચ્છું છું કે તે વ્યક્તિ(ઓ) અથવા સંસ્થા(ઓ) હવે મારી PHI શેર ન કરે. હું એ પણ સમજું છું કે જો ઉપર વર્ણિત હું જે વ્યક્તિ અથવા સંસ્થાને મારી PHI પ્રાપ્ત કરવા માટે અધિકૃત કરું છું, તો કેડરલ અથવા રાજ્ય આરોગ્ય માહિતી ગોપનીયતા કાયદાઓને આધિન નથી, તો તેઓ મારી PHI ને આગળ શેર કરી શકે છે અને તે ત્યારબાદ કેડરલ અથવા રાજ્ય ગોપનીયતા કાયદા દ્વારા સુરક્ષિત રહેશે નહીં. હું એ પણ સમજું છું કે હું અથવા મારા વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ પાસે આ ફોર્મની એક નકલ પ્રાપ્ત કરવાનો અને મારી PHI ની સમીક્ષા કરવાનો અધિકાર છે જે આ અધિકૃતતાને કારણે શકાય છે.

યુવાન વયસ્ક/માતા-પિતાની સહી: નીચે હસ્તાક્ષર કરીને, હું મારી PHI ને શેર કરવાને ઉપર વર્ણવ્યા મુજબ અધિકૃત કરું છું. (વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ એ એવી વ્યક્તિ છે કે જેની પાસે યુવાન વયસ્ક વતી આરોગ્ય સંભાળ સંબંધિત નિર્ણયો લેવા માટે કાનૂની અધિકૃતતા હોય છે. પાવર ઓફ એટની અથવા અન્ય કાનૂની આરોગ્ય સંભાળ દસ્તાવેજોની એક નકલ PerformCare NJ ખાતે ફાઇલમાં હોવી જોઈએ અને આ ફોર્મ સાથે સબમિટ કરવી જોઈએ.)

વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ અથવા કાનૂની વાલીનું મોટા અક્ષરોમાં નામ:

પ્રતિનિધિનું સરનામું:

વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિની અધિકૃતતાનું વર્ણન:

વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિના હસ્તાક્ષર:

તારીખ: _____ ટેલિફોન નંબર: _____

આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતા

આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતામાં ઉમેરો

મૌખિક સંમતિ

અમે, નીચે હસ્તાક્ષર કરનાર, પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત વિભાગ A માં ઓળખ અપાયેલ યુવાન વયસ્ક આ અધિકૃતતા પર હસ્તાક્ષર કરવામાં શારીરિક રીતે અસમર્થ છે. મૌખિક સંમતિ, તેવા દસ્તાવેજની જરૂરિયાતને બદલતી નથી, જે દર્શાવે છે ક ય વ્યક્તિ યુવાન વયસ્કનો વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ છે, અને આ દસ્તાવેજને ફક્ત એટલા માટે બદલી શકશે હીં, કારણ કે યુવાન વયસ્ક માટે હસ્તાક્ષર કરવા અસુવિધાજનક છે.

યુવાન વયસ્ક હસ્તાક્ષર કરવામાં અસમર્થ છે તે માટેનું કારણ:

નીચેના હસ્તાક્ષરો સૂચવે છે ક

- આ ફોર્મ અંગેની માહિતી યુવાન વયસ્કને જણાવવામાં આવી હતી.
- યુવાન વયસ્કે આ અધિકૃતતામાંની માહિતીની તેમની સમજણ સૂચવી હતી.
- યુવાન વયસ્ક મુક્તપણે તેમની સંમતિ આપી હતી.

સભ્ય સાથે સંચાર કરવાની પદ્ધતિ:

- ફોન
 વ્યક્તિગત
 અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો):

સાક્ષીનું મોટા અક્ષરોમાં નામ:	સાક્ષીનું મોટા અક્ષરોમાં નામ:
સાક્ષીના હસ્તાક્ષર:	સાક્ષીના હસ્તાક્ષર:
તારીખ: / /	તારીખ: / /

પૂર્ણ થયેલ ફોર્મ આના પર પરત કરો:

PerformCare NJ, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

અથવા ફેક્સ નંબર: 1-877-736-9166 (ટોલ ફી)

અથવા ઈમેઇલ: shared-pcnjhealthinfo@performcarenj.org