

**ИНФОРМАЦИЯ О ФОРМЕ СОГЛАСИЯ
В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И ПОДОТЧЕТНОСТИ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (HEALTH
INSURANCE PORTABILITY AND
ACCOUNTABILITY
АКТ, HIPAA)**

**Данные ответы на часто задаваемые
вопросы дают представление о том,
что такое форма согласия HIPAA и
почему мы просим вас заполнить ее.**

Зачем нужно заполнять форму согласия HIPAA?

Некоторые запросы о предоставлении особых условий (Reasonable Accommodation Requests, RAR) требуют предварительного рассмотрения, прежде чем будет принято решение об их удовлетворении. Управление по вопросам предоставления особых условий (Office of Reasonable Accommodations, ORA) рассматривает соответствующие документы, которые предоставляет поставщик медицинских услуг, и выносит решение по делу. Ваша подпись на форме согласия HIPAA дает ORA право связываться с вашим поставщиком медицинских услуг, если при рассмотрении вашего заявления потребуются дополнительная информация. Подписание данной формы экономит время при рассмотрении вашего дела.

Какая информация будет собрана с помощью данной формы?

ORA потребует только ту информацию, которая связана с особыми условиями (Reasonable Accommodation, RA), на предоставление которых вы претендуете. Персонал не будет использовать данную форму, чтобы получить у вашего поставщика медицинских услуг какую-либо информацию, не связанную с вашим запросом.

Как заполнить данную форму?

- Чтобы форма согласия HIPAA считалась действительной, необходимо полностью заполнить ее, подписать и указать дату заполнения.
- Данная форма согласия HIPAA действительна в течение одного года с даты ее подписания вами.
- Если у вас нет возможности подписать данное согласие, уполномоченный представитель может сделать это за вас. При подписании документа уполномоченным представителем необходимо предоставить документы, подтверждающие его право на такое действие, например доверенность или документы об опекунстве.

**ИНФОРМАЦИЯ О ФОРМЕ СОГЛАСИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ О
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И ПОДОТЧЕТНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (HIPAA)
(продолжение)**

**Что делать, если я больше не хочу, чтобы ORA использовало данную форму для
связи с моим поставщиком медицинских услуг?**

Вы можете уведомить нас о прекращении действия данной формы в любое время, однако вы обязаны сообщить об этом в приют или директору учреждения в письменной форме.

Примечание. Не подписывайте данное согласие, если не хотите, чтобы мы получали информацию от вашего поставщика медицинских услуг. Вы можете лично получить информацию от своего поставщика и передать ее вместе с запросом на предоставление особых условий.

Что делать, если у меня нет никаких документов?

Если вместе с запросом RAR вы не можете предоставить никаких документов, заполнить и подписать форму HIPAA, то такой запрос может быть отклонен ввиду отсутствия подтверждающих документов и информации для рассмотрения.

**Где можно получить ответы на дополнительные вопросы, касающиеся данной
формы?**

Персонал DHS и приюта ответит на любые ваши вопросы касательно данной формы и лично поможет вам заполнить ее.