

Инструкции по заполнению разрешения на передачу медицинской информации в соответствии с HIPAA (форма OCA-960)

Настоящие инструкции помогут Вам заполнить разрешение на передачу медицинской информации в соответствии с Законом о преемственности и отчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (форма OCA-960). **Внимательно прочитайте каждую строку формы и правильно заполните каждое поле.** Если Вы не заполните данную форму, HRA может отклонить Ваше заявление.

1. ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ КЛИЕНТОМ MEDICAID, СОГЛАСНО ДАННЫМ ИНСТРУКЦИЯМ предоставьте HRA разрешение на передачу Вашей медицинской документации Medicaid другому физическому или юридическому лицу. Обязательными для заполнения являются все пункты, если нет указания об обратном.

- Сверху — Укажите свои личные данные в соответствующих полях: «Имя и фамилия пациента», «Дата рождения», «Номер социального обеспечения» и «Адрес пациента».
- Строки 1—6 — Прочитайте и убедитесь в том, что Вы понимаете прочитанное.
- Строка 7 — Название и адрес поставщика медицинских услуг или лица, которому будет передана эта информация: напечатайте или разборчиво впишите печатными буквами: NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013.
- Строка 8 — Наименование и адрес лица/лиц или категории лиц, которым будет направлена эта информация: укажите наименование и адрес лица или группы лиц (например: юридической фирмы), которые должны получать Вашу информацию. Мы будем направлять им запрашиваемую документацию.
- Строка 9(a) — Вид предоставляемой информации: укажите, какую информацию Вы разрешаете нам передавать третьим лицам.

Первое поле

- Если Вы хотите разрешить нам предоставлять часть Вашей документации Medicaid, отметьте первое поле («Медицинская документация от») и укажите даты начала и окончания периода предоставления информации.

Второе поле

- Если Вы хотите, чтобы мы предоставляли всю Вашу медицинскую документацию Medicaid, отметьте второе поле («Вся медицинская документация»).

Поле «Другое»

- Если Вы хотите разрешить нам предоставлять информацию, не указанную в поле 1 или 2, отметьте поле «Другое». Напечатайте или разборчиво впишите печатными буквами четкое описание информации, которую мы должны предоставлять.

ВНИМАНИЕ! Если Вы хотите, чтобы Управление трудовых ресурсов (Human Resources Administration, HRA) предоставляло информацию о лечении алкогольной или наркотической зависимости, данные о психическом здоровье или сведения, касающиеся ВИЧ, которые могут быть в Вашей документации, введите свои инициалы в строке 9(a) рядом с каждым типом информации, которую мы должны предоставлять. Если Вы не желаете, чтобы мы предоставляли эти данные, оставьте строки пустыми.

- Строка 9(b) — Разрешение на обсуждение медицинской информации (необязательно):
 - если Вы желаете разрешить HRA обсуждать Вашу медицинскую информацию с кем-либо, отметьте поле возле (b) и укажите свои инициалы в первой строке.
 - Напечатайте или разборчиво впишите печатными буквами «NYC HRA» в строке «Название поставщика медицинских услуг».
 - Напечатайте или разборчиво впишите печатными буквами имя и фамилию лица, адвоката или наименование юридической фирмы, агентства или группы лиц, с которыми мы можем обсудить Вашу информацию.
- Строка 10 — Основание для передачи информации: сообщите нам, почему Вы хотите, чтобы HRA предоставляло Вашу информацию третьему лицу. Как клиент Medicaid Вы просто должны отметить первое поле в п. 10. Если Вы хотите, чтобы HRA передавало Вашу информацию по любой другой причине, отметьте поле «Другое» и напечатайте или разборчиво впишите печатными буквами причину.
- Строка 11 — Дата или событие, при наступлении которых прекращается действие данного разрешения: укажите, когда нам следует прекратить предоставлять Вашу информацию (например, «12/31/2030» или «по окончании судебного разбирательства»).
- Пропустите строки 12 и 13
- Нижняя строка — Имя и фамилия прописью и дата.

2. **ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ КЛИЕНТА MEDICAID, СОГЛАСНО ДАННЫМ ИНСТРУКЦИЯМ предоставьте за него в HRA разрешение на передачу медицинской документации клиента Medicaid другому физическому или юридическому лицу. Заполните все пункты, если нет отметки об обратном.**

- Сверху напечатайте или разборчиво впишите печатными буквами имя и фамилию, дату рождения, номер социального обеспечения и адрес клиента в соответствующих полях.
- Строки 1—6: прочитайте и убедитесь в том, что Вы понимаете прочитанное.
- Строки 7—11: заполните согласно инструкциям, представленным выше в разделе 1.
- Строка 12 — Если форму заполняет не пациент (клиент), укажите имя и фамилию лица, подписывающего форму: напечатайте или разборчиво впишите печатными буквами свои имя и фамилию.
- Строка 13 — Право подписи от имени пациента: сообщите нам, какие полномочия Вы имеете на подписание формы от имени клиента. Предоставьте копию документа.

ВНИМАНИЕ! Если Вы подписываете форму от имени клиента, потому что он этого не сделал или не может поставить свою подпись, Вы также должны представить соответствующее подтверждение своих полномочий на подпись. К таким подтверждениям относятся: действующая доверенность,^{*} судебный приказ о праве на распоряжение имуществом или постановление о назначении опекуна и документы о полномочиях опекуна.

3. Нижняя строка — Имя и фамилия прописью и дата.

* В соответствии с поправками, внесенными в сентябре 2010 г. в Закон штата Нью-Йорк об обязательствах общего характера (New York General Obligations Law), доверенность (Power of Attorney, POA) действительна только в том случае, если она была подписана и доверителем, и представителем. POA должна содержать положения, предусмотренные New York General Obligations Law (GOB) § 5-1501(B), включая разделы «Предупреждение для доверителя» и «Важная информация для представителя». См. прилагаемый образец доверенности «Сокращенная форма по законодательству штата Нью-Йорк» (New York Statutory Short Form) из NY GOB § 5-1513 (2014).