

EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
OFFICE OF MEDICAID (MASSHEALTH)

المكتب التنفيذي للخدمات الصحيّة والبشريّة
مكتب المساعدة الطبيّة ميديكيد (الماس هيلث)

تصريح بالحصول على المعلومات ومشاركتها على نظام
احتياجات الأطفال والمراهقين ونقاط قوتهم (CANS) التابع للماس هيلث

اسم العضو في الماس هيلث (العضو) _____

اسم مُقيّم الصحة السلوكية (المُقيّم) _____

اسم المنظمة مقدمة الخدمة (مقدم الخدمة) _____

عنوان مقدم الخدمة _____

(العضو) أقل من 21 سنة ويخضع لتقييم الصحة السلوكية. _____

ما هو نظام احتياجات و نقاط قوة الاطفال والمراهقين (CANS)؟

يستخدم مقدمو خدمات الصحة السلوكية (مقدمو الخدمات) أداة تُدعى احتياجات الأطفال والمراهقين ونقاط قوتهم (CANS) لجمع المعلومات السريرية عن الصحة السلوكية للمشاركين الأقل من 21 سنة. بالنسبة للمشاركين قيد العلاج، يتولى مقدم الخدمات تحديث CANS بانتظام كل 90 يوماً كحد أدنى.

حيث ان المعلومات التي يتم تجميعها باستخدام أداة CANS (معلومات CANS) تساعد مقدمي الخدمات على القيام بعدد من الأمور
مثلاً:

- تحديد خدمات الصحة السلوكية التي قد يحتاجها العضو
- التأكد وبمرور الوقت أن خدمات الصحة السلوكية تساعد العضو

لماذا يطلب الماس هيلث الحصول على معلومات CANS ومشاركتها

يملك الماس هيلث نظام حاسب آلي يمكن لمقدم الخدمات استخدامه لإدخال معلومات CANS كلما تم إجراء تقييم الصحة السلوكية أو تم تحديثه. حيث يرغب الماس هيلث في استخدام النظام للوصول إلى معلومات CANS ومشاركتها مع مقدمي الخدمات وجهات رعاية مُدارة تابعة لـ الماس هيلث (المنظمات التي تدير الرعاية المقدمة للمشارك وتتحمل تكلفتها) حتى يتسنى للأطراف العمل سوياً للتأكد من أن خدمات الصحة السلوكية المقدمة إلى العضو تلبي احتياجاته. كما تؤدي مشاركة معلومات CANS من خلال النظام إلى المساهمة في تحسين عملية تبليغ مقدمي الخدمات المسؤولين عن العضو بشأن تاريخه الطبي والتقليل من كمية المعلومات الكلية التي يجب عليهم جمعها من العضو، كما هو موصوف أدناه مع مزيد من التفاصيل.

إذا منحت موافقتك، سيُدخل مقدم الخدمات المذكور أعلاه أي من معلومات CANS التي يجمعها بخصوص العضو في نظام الماس هيلث. من خلال هذا النظام سيتمكن الماس هيلث من الوصول إلى هذه المعلومات وإتاحتها لمقدم الخدمات للوصول إليها مستقبلاً. كما سيستخدم الماس هيلث النظام لمنح مقدم الخدمات إمكانية الوصول إلى أي من معلومات CANS التي أدخلها مقدمو الخدمات الآخرون

المسؤولون عن العضو. وهذا سيتيح لمقدم الخدمات تحديث معلومات CANS الخاصة بالعضو عند الحاجة بدلاً من تكرار إجراءات CANS بأكملها. في حالة موافقتك، سيستخدم الماس هيلث النظام لمنح مقدمي الخدمات الآخرين للمشارك تصريح بالوصول إلى معلومات CANS التي قام مقدم الخدمات بإدخالها في نظام CANS للاطلاع على تاريخ العضو ولذا فقد لا يحتاجون إلى طلب الحصول على هذه المعلومات من العضو مرة أخرى. تصريحك سيسمح لبرنامج الماس هيلث باستخدام النظام لمنح أي جهة رعاية مُدارة والتابعة لـ الماس هيلث وعلى أن يكون العضو مسجلاً بها من إمكانية الوصول إلى معلومات CANS التي يجمعها مقدم الخدمات.

تصريحك

بالتوقيع أدناه، فإنك تُصرِّح لمقدم الخدمة المذكور أعلاه بما يلي:

- إدخال جميع معلومات CANS الخاصة بالعضو والتي يُقام بجمعها في برنامج الماس هيلث
- عرض ونسخ أي من معلومات CANS الخاصة بالعضو والتي أدخلها مقدمو خدمات آخرون في نظام الماس هيلث CANS

بالتوقيع أدناه، فإنك أيضاً تُصرِّح لبرنامج الماس هيلث باستخدام النظام لمشاركة معلومات CANS التي جمعها مقدم الخدمات مع:

- مقدم الخدمات المذكور في الصفحة الأولى في هذا النموذج
- جهة رعاية مُدارة تابعة لـ الماس هيلث والتي يكون العضو مسجلاً بها في وقت إدخال CANS في نظام الماس هيلث CANS
- مقدمو خدمات آخرون لديهم تصريحاً منك

أمر ينبغي أن تعرفها

بموافقتك على التوقيع على هذا النموذج فإنه لا يحق لبرنامج الماس هيلث أو مقدم الخدمات تعليق العلاج أو الدفع أو التسجيل أو الاستحقاق للمنافع من عدمه أو اتخاذ قرار بإلغاء التصريح في المستقبل من عدمه.

إذا وافقت على الأنشطة المذكورة أعلاه، سيتولى مقدم الخدمات إدخال معلومات CANS المتعلقة بالعضو في نظام الماس هيلث ومن ثم سيقوم الماس هيلث بالوصول إلى هذه المعلومات ومشاركتها مع مقدم الخدمات ومقدمي الخدمات الآخرين الذين مُنحوا تصريحاً، وكذلك جهة الرعاية المُدارة التابعة للمشارك. كما أن موافقتك ستتيح لبرنامج الماس هيلث منح مقدم الخدمات إمكانية الوصول إلى معلومات CANS التي قام مقدمو الخدمات الآخرون المسؤولون عن العضو بإدخالها في النظام. يُرجى العلم أنه حتى إذا لم تمنح التصريح، يجوز لبرنامج الماس هيلث ومقدم الخدمات استخدام معلومات CANS الخاصة بالعضو أو إفشائها على نحو ما يقتضيه القانون أو يسمح به.

بعد مشاركة معلومات CANS من خلال نظام الماس هيلث، لن تتمكن المنظمة التي شاركت المعلومات من التحكم في طريقة استخدامها أو إفشائها. قد تختلف قوانين الخصوصية التي تحكم معلومات CANS عندما تكون المعلومات في حوزة الماس هيلث أو مقدمي الخدمات أو جهات الرعاية المُدارة، غير أنه يجب على كل منظمة اتباع قوانين الخصوصية التي تنطبق عليها عند استخدام المعلومات أو إفشائها.

يجوز لك تحديد تاريخ انتهاء للتصريح على هذا النموذج أدناه. إذا لم تفعل ذلك، سينتهي التصريح بعد عام من تاريخ توقيعك على هذا النموذج.

يمكنك إلغاء هذا التصريح في أي وقت بخطاب مكتوب. يؤدي الإلغاء إلى منع مقدم الخدمات و الماس هيلث من استخدام نظام الماس هيلث لمشاركة معلومات CANS التي يتم جمعها بعد إلغاء التصريح. لا يمكن سحب المعلومات التي تم إتاحتها بالفعل إلى الماس هيلث أو جهات الرعاية المُدارة أو مقدم الخدمات أو غيرهم من مقدمي الخدمات المصرح لهم من خلال نظام الماس هيلث قبل استلام خطاب الإلغاء من طرفك.

يجب أن يشمل الإلغاء الكتابي على:

- هوية العضو
- تاريخ ميلاد العضو
- تحديد هويتك
- تحديد إذا ما كنت أنت العضو أو ولي الأمر الحاضر للمشارك أو توضيح سبب قيامك بالعمل بالنيابة عن العضو
- النص على أنك تلغي التصريح بإدخال معلومات CANS ومشاركتها عبر الإنترنت

يجب عليك إرسال خطاب الإلغاء المكتوب إلى مقدم الخدمات على العنوان المذكور في الصفحة الأولى في هذا النموذج. ومن ثم يجب على مقدم الخدمات إخطار الماس هيلث عن طريق إرسال نسخة عبر البريد الإلكتروني من خطاب الإلغاء المكتوب على العنوان:
CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US

توقيعك

بالتوقيع على نموذج التصريح هذا، فإنك تأذن باستخدامات وإفشاء معلومات CANS الخاصة بالعضو على النحو المذكور أعلاه. كما أنك تقر بقراءة النموذج بصورة كاملة وأن التوقيع عليه كان طوعاً، وتقر أيضاً بحققك في الحصول على نسخة موقعة من النموذج.

كتابة اسم الشخص الموقّع على التصريح بحروف واضحة

توقيع الشخص الموقّع على التصريح

تاريخ التوقيع (تاريخ بدء التصريح)

تاريخ انتهاء التصريح (في حالة عدم تدوين تاريخ في هذا السطر، سينتهي التصريح بعد عام من تاريخ التوقيع عليه.)

يُرجى وضع علامة على السطر أدناه لبيان صفتك للتوقيع على هذا التصريح بموجب القانون.

_____ أنا أكون العضو. أبلغ من العمر 18 سنة أو أكثر. إذا لم يكن سني 18 سنة أو أكثر، فإمكانني منح تصريح لأسباب أخرى بموجب القانون.

_____ أنا أكون ولي الأمر الحاضن للمشارك.

_____ يمكنني التصرف بالنيابة عن العضو لمنح تصريح بإعطاء معلومات طبية. أرفقت طياً مستنداً قانونياً يبين صفتي للقيام بذلك.

تذكير لمقدم الخدمات: يجب تزويد العضو أو مزود الرعاية بنسخة موقعة من هذا النموذج. إذا قام العضو أو مزود الرعاية بإلغاء هذه الموافقة فيما بعد، يجب عليك إرسال نسخة ضوئية من خطاب الإلغاء عن طريق البريد الإلكتروني على العنوان:
CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US