

# ਬਿਹਤਰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ (ENHANCED CARE MANAGEMENT (ECM)) ਸੇਵਾਵਾਂ

ਮੇਰੀ ਗੁਪਤ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਅਦਾਨ-ਪ੍ਰਦਾਨ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਖੁਲਾਸੇ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ

## ਉਦੇਸ਼

ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਸਿਹਤ ਭੁਗਤਾਨਕਰਤਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਫੁੱਲਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ **ਬਿਹਤਰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ (Enhanced Care Management (ECM)) ਸੇਵਾਵਾਂ** ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਸੀ ਸਹਿਯੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ECM ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ("") ਅਤੇ/ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਹੋਰ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣਾ ਅਖਤਿਆਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੁਆਰਾ, ਤੁਸੀਂ ECM ("ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ") ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਹੋਰ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ: ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ, ਡਾਕਟਰ, ਅਤੇ ਫਾਰਮੇਸੀਆਂ; ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਜੋ Medi-Cal ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ Medi-Cal ਦੇ ਤਹਿਤ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ; ਭਾਈਚਾਰਕ-ਅਧਾਰਤ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਰੋਪਨੀਯਤਾ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ; ਸਕੂਲ-ਅਧਾਰਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਨਰਸਾਂ, ਸਮਾਜ ਸੇਵਕ, ਅਤੇ ਸਲਾਹਕਾਰ; ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ, ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿਭਾਗ; ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ; ਅਤੇ ਸੁਧਾਰ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿਖੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ, ਪਰ ਸਿਰਫ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ। ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ("**ਉਦੇਸ਼**") ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਹੋਰ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇਗਾ: (ੳ) ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿਆਪਕ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਰੈਫਰ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਕੇਸ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ("**ਸੇਵਾਵਾਂ**") ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ; (ਅ) ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ, ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ, ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ, ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ; ਅਤੇ (ੲ) ਮੁਲਾਂਕਣ, ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ, ਅਤੇ ਆਬਾਦੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੁਆਰਾ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਜੁਬਾਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

## ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:	ਆਖਰੀ ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	
ਫੋਨ ਨੰਬਰ: ( )	ਜਨਮ ਮਿਤੀ:
ਮੈਂਬਰ ID/CIN:	

ਮੈਂ ਅਤੇ **ਅਟੈਚਮੈਂਟ** ਵਿੱਚ ਨਾਮਜ਼ਦ **ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੀਆਂ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ** ਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੰਗ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਚੁਣੋ:

<p>ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ</p>	<p><b>ECM ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਸੰਚਾਰ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ:</b> ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖ ਕੇ, ਮੈਂ <b>ਅਟੈਚਮੈਂਟ A</b> ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸਾਰੀਆਂ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ, ਸਰੀਰਕ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਥਿਤੀ, ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਬਾਰੇ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਹੋਰ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ, ਅਤੇ ECM ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ। ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਹੋਰ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੈਂ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ: (ੳ) ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ("<b>Protected Health Information, PHI</b>"), ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ, ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ, ਲੈਬ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ, ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਂ ਭਵਿੱਖ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ; (ਅ) ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀਆਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਸਿਵਾਏ ਮਨੋ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਨੋਟਸ ਦੇ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ; (ੲ) ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ; (ਸ) Medi-Cal ਯੋਗਤਾ/ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਮੇਰੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੁਝ ਹੋਰ ਜਨਸੰਖਿਅਕ ਅਤੇ ਭੂਗੋਲਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ; (ਹ) ਰਿਹਾਇਸ਼/ਬੇਘਰ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਥਿਤੀ, ਇਤਿਹਾਸ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ; ਅਤੇ (ਕ) ਸੀਮਤ ਅਪਰਾਧਿਕ ਨਿਆਂ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬੁਕਿੰਗ ਡੇਟਾ, ਕੈਦ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਅਤੇ ਸਥਾਨ, ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਮੇਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਮੇਰੇ ਅਪਰਾਧਿਕ ਇਤਿਹਾਸ, ਦੋਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।</p>
<p>ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ</p>	<p><b>ECM ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ:</b> ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ECM ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਮੈਂ ECM ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਕੇਸ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਮੈਂ ਯੋਗ ਹਾਂ।</p>

ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਹੇਠਾਂ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖ ਕੇ, ਮੈਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ)

<p>ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ</p>	<p>ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਿਦਾਨ, ਇਲਾਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਨੋਚਿਕਿਤਸਾ ਦੇ ਨੋਟ-ਕਥਨ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੇਵਲ ਤਾਂ ਹੀ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖਰੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ।</p>
<p>ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ</p>	<p>HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ (ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ § 120980 (g))</p>

**ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ (“SUD”) ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸੰਘੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨਿਯਮਾਂ (42 CFR ਭਾਗ 2) ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹਨ। ਸੰਘੀ ਨਿਯਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਗਲੇ ਖੁਲਾਸੇ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਜੋ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਹੋਣ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਰਹਿਣ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ, ਚਾਹੇ ਉਹ ਜਨਤਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਦੁਆਰਾ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਅਜਿਹੀ ਪਛਾਣ ਦੇ ਸਬੂਤ ਰਾਹੀਂ ਹੋਵੇ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੁਆਰਾ ਅਗਲੇ ਖੁਲਾਸੇ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਜਿਸਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ 42 CFR ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਸੰਘੀ ਨਿਯਮ ਕਿਸੇ ਅਪਰਾਧ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ, ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਜਾਂ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਰਤੋਂ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਸਿਵਾਏ §§ 2.12(c)(5) ਅਤੇ 2.65 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਦੇ। ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਭਰ ਕੇ, ਤੁਸੀਂ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੀ SUD ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ: ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਪਿਛਲੀ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਜਾਂ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਨਿਦਾਨ, ਦਵਾਈਆਂ, ਇਲਾਜ, ਲੈਬ ਟੈਸਟ, ਸਦਮੇ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ, ਹਸਪਤਾਲ/ਸਹੂਲਤ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ SUD ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਸੰਘੀ SUD ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨਿਯਮਾਂ (42 C.F.R. ਭਾਗ 2) ਦੇ ਅਧੀਨ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ/ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। SUD ਰਿਕਾਰਡ (ਜਾਂ ਉਸ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ) ਜੋ ਕੁਝ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ, ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਾਰਜਾਂ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂ ਪ੍ਰਗਟ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸੰਘੀ HIPAA ਨਿਯਮਾਂ ਵਿੱਚ ਇਜਾਜ਼ਤ ਅਨੁਸਾਰ ਦੁਬਾਰਾ ਪ੍ਰਗਟ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਸਿਵਾਏ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਰੁੱਧ ਸਿਵਲ, ਅਪਰਾਧਿਕ, ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਅਤੇ ਵਿਧਾਨਿਕ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸੇ ਦੇ। ਤੁਹਾਡੇ SUD ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਸੰਬੰਧੀ ਨੋਟਸ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਸਾਂਝੇ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।

ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ	ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ ਤਾਂ ਜੋ <b>ਅਟੈਚਮੈਂਟ A</b> ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਈਆਂ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੀ SUD ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ SUD ਦੇ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਸੰਬੰਧੀ ਨੋਟਸ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹਨ।
----------------------------------	---

**ਫਾਰਮ ਦੀ ਮਿਆਦ ਪੂਰਾਣਾ**

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਦੋ ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਚੁਣੋ:

ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ	<b>ਮਿਆਦੀ ਮਿਆਦ ਪੂਰਾਣਾ:</b> ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ 1 ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ; ਜਾਂ
ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ	<b>ਮਿਆਦ ਪੂਰਾਣਾ:</b> ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਮਿਆਦ ਇਸ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ: _____ ਇਹ ਮਿਤੀ ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਨਹੀਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ (ECM ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ), ਪਰ 1 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਨੂੰ (800) 863-4115 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਰੱਦੀਕਰਨ ਬੇਨਤੀ ਭੇਜ ਕੇ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ:

Attn: Enhanced Health Services

4665 Business Center Drive

Fairfield, CA 94534

- ਰੱਦੀਕਰਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ 'ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੀ ਪੁਰਾਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ।
- ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ, ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਭੁਗਤਾਨ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ECM ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੀ ਮੇਰੀ ਸਮਰੱਥਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਭਾਵੇਂ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ, ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ, ਕੁਝ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਇਲਾਜ, ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ ਸੰਘੀ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੇਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਮੇਰੀ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ (42 CFR ਭਾਗ 2)।
- ਜਿਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮੈਂ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ, ਉਹ ECM ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਦੁਬਾਰਾ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਵਿੱਚ।
- ਮੈਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।
- ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਮੰਗਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਮੈਨੂੰ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਮੈਂ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ECM ਇਕਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਅਟੈਚਮੈਂਟ A ਵਿੱਚ ਪਛਾਣੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
- ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਉੱਪਰ ਆਪਣਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀਆਂ ਚੋਣਾਂ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਹੋਰ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਟੈਕਸਟ ਜਾਂ ਕਾਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ (ਮਿਆਰੀ ਸੁਨੇਹਾ ਅਤੇ ਡੇਟਾ ਦਰਾਂ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ)।
- ਉਪਰੋਕਤ ਹਰੇਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਤੱਕ ਚਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਮੈਂ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।

[ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ]

## ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪਹਿਲੀ ਲਾਈਨ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਵੱਲੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਦੂਜੀ ਲਾਈਨ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ 12-17 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਨਾਬਾਲਗ ਦੇ ਵੱਲੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਨਾਬਾਲਗ ਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਲਾਈਨ ਭਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੂਜੀ ਲਾਈਨ ਭਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਮਿਤੀ (mm/dd/yyyy)
ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ	ਮਿਤੀ (mm/dd/yyyy)