

说明：本文件应提供给 18 岁以下且有资格报名参加 Health Home 的儿童及其父母、监护人或法定授权代表。在填写 *Health Home 报名参加和信息共享同意书 (供 18 岁以下的儿童使用)* (DOH-5201) 之前，应与他们一起审阅本文件。但是，不应向已为人父母、怀孕和/或结婚的儿童，以及因其他原因有能力亲自签署同意书的儿童 (18 岁或以上) 提供本文件。他们应审阅和填写的是 *Health Home 患者信息共享同意书* (DOH 5055)。

1. Health Home 计划是什么？

Health Home 计划的目标是确保您能获得保持健康所需的护理和服务。您也许很难找到合适的医生。或者，您最近在住院或进了急诊室。**Health Home** 计划具备可以帮助您的专业人员。他们被称为“护理管理员”。作为 Health Home 计划的会员，您将拥有自己的护理管理员。

您的护理管理员会确保您能获得所需的服务，例如：

- 与医疗保健提供者（例如医生、护士、营养师、顾问、心理健康服务提供者、药物滥用服务提供者、发育障碍服务提供者）的约诊；
- 药物；
- 安全的住所；
- 支付护理和服务费用的保险；以及/或者
- 赴约时的交通服务。

您的护理管理员将和您一起制定护理计划。护理计划将列出您的需求、每种需求的目标，以及实现目标所需的提供者和服 务。参与您护理计划的人员和服务将成为您的 Health Home “团队”。为了满足您的一切需求，您的团队成员必须彼此沟通并共享您的健康信息。

您的护理管理员将为您提供帮助，并解答您的疑问。

2. 如何才能具备参加 Health Home 计划的资格？

要参加 Health Home 计划，您必须：

- 患有一种符合条件的疾病或两种及多种慢性病；
- 需要一名护理管理员来帮助您获得所需的护理和服务；以及
- 拥有 Medicaid。

3. 参加 Health Home 计划有什么好处？

- 您的护理管理员将帮助您协调护理和服务；
- 您的护理管理员可以帮助您了解如何管理您的医疗保健和社会需求；
- 您的提供者团队将为您解答您可能存在的疑问；
- 您的护理管理员将确保您的提供者彼此沟通，以帮助您保持健康。

4. 如何报名参加 Health Home 计划？

您的父母、监护人或法定授权代表通过签署 *Health Home 报名参加和信息共享同意书 (供 18 岁以下的儿童使用)* (DOH-5201) 帮您报名参加 Health Home 计划。

就报名参加计划而言，法定授权代表是指经州、部落、军队或其他适用法律、法庭命令或同意书授权，代表您做出医疗保健决定的个人或机构。

5. 报名参加 Health Home 计划后，Health Home 计划和您的提供者需要共享您的健康信息。什么是“健康信息”？

您的健康信息包括与您的健康有关的一般信息，可能包括您曾患过的伤病的信息、医疗记录（例如 X 光片或检查结果），或您服用过的处方药清单。您的健康信息可能涉及敏感疾病的治疗，包括但不限于：HIV/AIDS；性传播疾病；心理健康疾病；或酒精或药物滥用治疗。

6. 我们所说的“共享”您的健康信息是什么意思？

在法律允许的情况下，有权共享您健康信息的人可以：

- 获取，
- 查看，
- 阅读，
- 讨论和/或
- 复制您的健康信息。

7. Health Home 和提供者为何需要您的健康信息？

请记住，您的 Health Home 团队成员能够彼此沟通至关重要。这意味着他们需要共享您的健康信息。您的健康信息将用于：

- 帮助您获得护理，
- 帮助您管理您的护理，以及
- 确保您的医疗保险有效，并确定能承保哪些项目。

健康计划（保险公司）不能利用这些健康信息来决定是否向您提供医疗保险。他们不能利用这些信息来决定是否为您支付医疗账单。健康计划有自己的同意书来获取此类信息。

8. 我的健康信息来源是什么？

您的健康信息来自曾经或正在为您提供医疗保健服务或医疗保险的机构和人员，其中可能包括医院、医生、药房、实验室、健康计划（保险公司）、Medicaid 计划、牙医和其他共享您健康信息的团体。

9. 谁可以共享我的健康信息？

您的父母、监护人或法定授权代表通过 *Health Home 报名参加和信息共享同意书（供 18 岁以下的儿童使用）（DOH 5201）第 1 节* 来决定谁可以共享您的健康信息。就健康信息共享而言，法定授权代表是指经州、部落、军队或其他适用法律、法庭命令或同意书授权，代表他人披露医疗信息的个人或机构。如果当地社会服务专员决定是否同意您接受医疗服务，则由其同意共享您的健康信息。

在某些情况下，法律允许您本人决定谁可以共享您的健康信息。通过填写 *Health Home 报名参加和信息共享同意书（供 18 岁以下的儿童使用）（DOH 5201）第 2 节*，您对涉及以下情形的健康信息将享有自主权，并能决定谁可以共享信息：

- 计划生育
- 紧急避孕
- 堕胎
- 性传播感染检测和治疗
- HIV 检测
- 产前护理、分娩/生产
- 毒品和酒精治疗
- 性侵犯服务
- 心理健康和/或发育障碍服务——如果您已年满 12 岁，临床医生可能会询问您是否同意披露信息

New York State 也可以获取您的健康信息，因为它为您的 Medicaid 服务付款。New York State 可能会使用您的健康信息来详细了解 Health Home 计划，以对其进行改进。

10. 哪些法律法规涉及健康信息的共享方式？

有多部联邦和州法律作出了相关规定。这些法律包括《纽约州心理卫生法》(New York Mental Hygiene Law) 第 33.13 节和第 33.16 节、《纽约公共卫生法》(New York Public Health Law) 第 27-F 条以及联邦保密法规中的《健康保险携带和责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)（包括 42 CFR 第 2 部分和 45 CFR 第 160 和 164 部分）。Medicaid 保密法规：《纽约社会服务法》(N.Y. Social Services Law) 第 367(b)(4)、369(4) 节、《社会安全法》(Social Security Act) 第 1902(a)(7) 条、42 C.F.R. 第 431.300 条及后续条款、42 CFR 第 457.1110 条、42 USC 第 1396a(a)(7) 条；10 NYCRR 第 300 部分——Statewide Health Information Network for New York（州健康信息网络，SHIN-NY）和《纽约心理卫生法》第 41.05、41.07 和 41.13 节规定了 Local Government Unit（地方政府单位，LGU）在管理当地服务计划和提供或订立服务条款时应承担的责任。Health Home 和共享儿童健康信息的提供者必须遵守这些法律法规。

11. 如果有人在我未经允许的情况下使用了我的健康信息，我该怎么办？

如果发生这种情况，您可以：

- 致电 1-800-368-1019 联系 Office of Civil Rights（民权办公室），或者
- 通过以下网址提交书面投诉：<http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints/>

您还可以：

- 打电话给您同意其查看您记录的提供者，
- 打电话给您的护理管理员或 Health Home：_____ 电话：_____，或者
- 打电话给您的管理式医疗计划（如果您参加了管理式医疗计划）。

如果您因身体或精神残疾、药物或酒精滥用治疗或 HIV/AIDS 相关信息的披露而遭受歧视，您可以致电 1-888-392-3644 联系 New York State Division of Human Rights（人权司）。该机构负责保护您的权利。

12. 参加 Health Home 是否需要交费？

否。Health Home 计划是由 Medicaid 提供的。

13. 我是否必须参加 Health Home？

否。您不一定要参加 Health Home。

14. 如果不报名参加 Health Home，我是否仍然能够获得医疗服务？

是。您仍然可以到医生和提供者处就诊，获得医疗服务和享受医疗保险。

15. 如果现在报名参加 Health Home，是否可以随时退出？

是。您可以随时改变主意，退出 Health Home。但是，您的父母、监护人或法定授权代表必须同意您这样做，并且联系您的护理管理员、护理管理机构或 Health Home。

16. 我的同意书有效期是多长时间？

您的同意书将长期有效，直至您退出 Health Home 计划，或不再具备参加 Health Home 的资格，或 Health Home 不再运营，或您达到亲自填写和签署 Health Home 患者信息共享同意书 (DOH-5055) 的年龄或条件。

17. 如果现在不报名参加 Health Home，我以后是否可以改变主意？

是。只要您有资格，您可以随时报名参加。

18. 如果我对 Health Home 计划有任何疑问，我可以联系：

_____ 机构：_____ 电话：_____
护理管理员姓名（如已知） 护理管理机构名称 电话号码

Health Home 名称：_____ 电话号码：_____