NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Office of Health Insurance Programs

Согласие на включение участника в программу Health Home в отношении детей младше 18 лет

Инструкции: данная форма должна использоваться для включения детей, не достигших 18-летнего возраста, в программу медицинского ухода (Health Home)* и должна быть подписана родителем, опекуном или законным представителем ребенка. В целях включения участника в программу Health Home термин «законный представитель» определяется следующим образом: «любое лицо или учреждение, уполномоченное по законодательству штата, племени, военному или другому применимому закону, постановлению суда или разрешению действовать от имени какого-либо лица при принятии решений о медицинском обслуживании». Форма *«Согласие в рамках программы Health Home на передачу информации для использования в отношении детей, не достигших 18-летнего возраста»* (DOH 5201) также должна быть заполнена и подписана всеми соответствующими сторонами.

*** [Обратите внимание на то, что дети, которые являются родителями, беременными и/или состоят в браке и которые иначе способны предоставить разрешение, не должны использовать данную форму. Вместо этого им необходимо использовать форму** *«Согласие на передачу информации пациента — участника программы Health Home»* **(DOH 5055)].**

Advance Care Alliance of New York
НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ HEALTH HOME

_____
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

_____
ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Мне объяснили, что указанный выше ребенок имеет право на участие в программе Health Home.

Я прочитал (-а) и понимаю документ с часто задаваемыми вопросами о Health Home.
На все мои вопросы о программе Health Home
я получил ответы от _____.
ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME

Я понимаю смысл программы Health Home и то, как она может помочь данному ребенку. Я понимаю, что означает включение в программу Health Home и зачем будет передаваться медицинская информация этого ребенка.

Подписывая данную форму, я даю согласие на то, чтобы _____
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА
был включен в программу Advance Care Alliance of New York **Health Home.**
НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME

Я понимаю, что данная форма согласия заменяет собой любые другие формы об участии в программе Health Home, которые могли быть мною подписаны ранее.

Я знаю, что могу в любое время передумать и отозвать данное согласие, подписав форму *«Отзыв согласия участника программы Health Home на включение в программу Health Home и передачу информации — форма для использования в отношении детей младше 18 лет»* (DOH 5202).

Я понимаю, что, если я не подпишу данную форму, ребенок не будет включен в программу Health Home.

_____
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, ОПЕКУНА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

_____
КЕМ РЕБЕНКУ ПРИХОДИТСЯ РОДИТЕЛЬ, ОПЕКУН ИЛИ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

_____
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ, ОПЕКУНА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА

_____
ДАТА