



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Заявка на регистрацию

для детей возрастом старше 3 лет и взрослых

Информация заявителя:

Имя	Отчество	Фамилия
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата рождения	Возраст	Место рождения
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Гендер (Пол, определенный при рождении)	Предпочтительный гендер	Семейное положение
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Предпочтительный язык для общения с региональным центром	Другие используемые языки	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Этническая принадлежность	<input type="text"/>	
Если имя (фамилия) заявителя были изменены, укажите предыдущее имя (фамилию) ниже.		
<input type="text"/>		

Адрес заявителя:

С кем проживает заявитель? _____

Номер Дома и Улица

Город	Штат	Почтовый индекс
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Основной номер телефона	Дополнительный номер телефона	Адрес электронной почты
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Кто является основной ответственной стороной, с которой можно связаться по поводу этого заявления?

Имя	Фамилия	Кем приходится ребенку
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Основной номер телефона	Дополнительный номер телефона	Адрес электронной почты
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Предоставьте информацию о лице, организации или ведомстве, выдавшем направление.

Название организации/ контактное лицо	Основной номер телефона	Адрес электронной почты
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Проходил ли ранее заявитель тестирование или получал услуги от регионального центра North Los Angeles или иного регионального центра? Да Нет

Если «Да», укажите название регионального центра:



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Информация о родителе 1:

Кем является по отношению к заявителю: _____

Имя	Отчество	Фамилия
Дата рождения	Место рождения	Язык
Номер Дома и Улица		
Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона		
Имя и фамилия/название работодателя		Должность

Имеет инвалидность Да Нет Скончался(-ась) Да Нет

Семейное положение Женат (замужем) Разведен(-а) Проживает отдельно
 Не женат (не замужем) Вдовец (вдова)

Информация о родителе 2:

Кем является по отношению к заявителю: _____

Имя	Отчество	Фамилия
Дата рождения	Место рождения	Язык
Номер Дома и Улица		
Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона		
Имя и фамилия/название работодателя		Должность

Имеет инвалидность Да Нет Скончался(-ась) Да Нет

Семейное положение Женат (замужем) Разведен(-а) Проживает отдельно
 Холост (не замужем) Вдовец (вдова)



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Нарушение развития: Укажите подозреваемое или диагностированное нарушение развития. Вы можете указать более одной области нарушения развития. NLACRC проведет тест, чтобы установить соответствие заявителя определению нарушения развития согласно законодательству и нормативным актам штата California. Дети возрастом 3-4 лет, у которых не было выявлено нарушений развития, могут быть рассмотрены для участия в программе предварительного соответствия требованиям (Provisional Eligibility Program).

- Умственная отсталость Расстройство аутистического спектра Детский церебральный паралич
 Эпилепсия Состояния, аналогичные умственной отсталости

Опишите, почему заявитель обращается за услугами регионального центра:

1. Умственная отсталость

Была ли у ребенка диагностирована умственная отсталость медицинским специалистом? _____

Имя и фамилия специалиста: _____ В каком возрасте был поставлен диагноз? _____

Опишите опасения, связанные с обучаемостью заявителя?

Опишите опасения по поводу способности заявителя самостоятельно пользоваться навыками, соответствующими его возрасту:

2. Расстройство аутистического спектра

Было ли у заявителя диагностировано медицинским специалистом расстройство аутистического спектра? _____

Имя и фамилия специалиста: _____ В каком возрасте был поставлен диагноз? _____

С какого возраста начались опасения по поводу развития заявителя? _____

Опишите опасения, связанные с речью заявителя:

Опишите опасения по поводу социального взаимодействия и поведения заявителя:

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6357 или отправьте в электронном виде на почту intake@nlacrc.org

Стр.
3/10



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

3. Детский церебральный паралич

Был ли у заявителя диагностирован медицинским специалистом детский церебральный паралич? _____

Имя и фамилия врача: _____ В каком возрасте был поставлен диагноз? _____

Опишите влияние на физическое функционирование заявителя и перечислите всё используемое адаптивное оборудование:

4. Эпилепсия

Была ли у заявителя диагностирована врачом или невропатологом эпилепсия? _____

Имя и фамилия врача: _____ В каком возрасте был поставлен диагноз? _____

Укажите лекарственные препараты, применяемые при эпилепсии (эпилептических припадках):

Опишите тип эпилептических припадков, частоту их возникновения и влияние на повседневное функционирование заявителя:

5. Другое

Опишите любые другие проблемы, которые еще не были решены:



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Медицинский анамнез

Опишите любые медицинские диагнозы или хронические заболевания:

--

Имя и фамилия врача: _____

Укажите все лекарственные препараты, которые заявитель принимает в настоящее время для лечения любых заболеваний:

--

Психиатрический анамнез

Опишите любой текущий диагноз психического (психиатрического) заболевания:

--

Имя и фамилия лечащего психиатра: _____

Укажите все лекарственные препараты, которые заявитель принимает в настоящее время для лечения психических (психиатрических) заболеваний:

--

Опыт школьного обучения

Обучается ли заявитель в настоящее время или обучался ранее по программе специального обучения или имел ли IEP (Индивидуальный план обучения)?

Да Нет

Информация о страховке:

Medi-Cal

Название страховой компании

Номер полиса страхования

--	--

ВАЖНО: отправьте копию карты страхования заявителя вместе с вашим заявлением.



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Контактная информация лечащего врача/образовательного учреждения для запроса на получение документации

Укажите имя, фамилию и контактную информацию текущего врача, любого специалиста, психолога или психиатра и последней посещаемой школы, а затем подпишите соответствующие согласия на получение текущей документации от этих поставщиков услуг.

A. Текущий врач:

Имя и фамилия

Номер Дома и Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Номер телефона

B. Другой текущий врач, медицинский специалист, больница, психолог или специалист по психическому здоровью:

Имя и фамилия

Номер Дома и Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Номер телефона

Специализация

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

C. Текущая школа или последняя посещаемая школа:

Название

Номер Дома и Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Номер телефона

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6357 или отправьте в электронном виде на почту intake@nlacrc.org

Стр.
6/10



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Согласие на услуги регистрации и проведения оценки

Подписывая данную форму, я настоящим даю согласие на проведение тестирования лица, указанного в данной форме, с целью определения права на получение услуг регионального центра в соответствии с Законом об услугах для лиц с нарушениями развития Лантермана. Я понимаю, что такая оценка может включать в себя сбор и анализ имеющихся анамнестических диагностических данных, предоставление или приобретение необходимых обследований и оценок, а также создание обобщенной картины в отношении уровней развития и потребности в услугах. Я понимаю, что региональный центр округа North Los Angeles может рассмотреть вопрос об оценках и обследованиях, включающих, помимо прочих, тесты на интеллектуальное развитие, тесты на адаптивное функционирование, неврологические и нейропсихологические тесты, диагностические анализы, проводимые врачом, психиатрические тесты, а также другие обследования и оценки, проводимые в других организациях и получаемые от них. (Кодекс социального обеспечения и учреждений, раздел 4642, 4653)

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я понимаю, что вся информация и документация, полученные региональным центром округа North Los Angeles в ходе предоставления услуг регистрации и оценки, являются конфиденциальными.

Ознакомьтесь с прилагаемым **Уведомлением о порядке использования конфиденциальной информации**. Подписывая эту форму, я подтверждаю, что мне была предоставлена копия *Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации* регионального центра округа North Los Angeles. Я подтверждаю, что прочитал(-а) (или имел(-а) возможность прочитать) и понял(-а) данное Уведомление. Я понимаю, что в любое время могу запросить бумажную копию этого Уведомления.

Имя и фамилия заявителя

Подпись

Дата

Если заявитель несовершеннолетний или не способен поставить подпись:

Имя и фамилия родителя или уполномоченного представителя

Подпись

Дата

Кем приходится заявителю



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И (ИЛИ) ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ И (ИЛИ) ДРУГОЙ ИНФОРМАЦИИ

Кому:

Адресат:

Настоящим я разрешаю вышеуказанной школе, медицинскому работнику, больнице, клинике, психиатрической больнице и (или) назначенным ими сотрудникам передавать школьную или медицинскую информацию, как указано ниже.

Я разрешаю передачу медицинской карты и (или) другой информации, касающейся:

Имя и фамилия: Дата рождения:

Прошу предоставить медицинскую информацию: РЕГИОНАЛЬНОМУ ЦЕНТРУ ОКРУГА NORTH LOS ANGELES (NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER, NLACRC)

СРОК ДЕЙСТВИЯ

Данное разрешение вступает в силу незамедлительно и будет действовать до _____ (введите дату) или в течение одного года с даты его подписания, если дата не указана.

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

Данное разрешение может быть отозвано в любое время нижеподписавшимся лицом. Такой отзыв должен быть выполнен в письменной форме, подписан нижеподписавшимся лицом и доставлен в NLACRC по адресу, указанному выше. Письменный отзыв разрешения вступает в силу с момента его получения, но не затрагивает передачи той информации, в отношении которой запрашивающее или другие лица совершили действие, полагаясь на данное разрешение.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

NLACRC не может осуществлять дальнейшую передачу информации, полученной в соответствии с данным разрешением, кроме случаев, когда будет получено дополнительное разрешение или если такое раскрытие информации конкретно требуется или разрешено по закону.

УКАЖИТЕ ВИДЫ ИНФОРМАЦИИ

Отметьте поля и поставьте инициалы возле видов информации, которая должна быть раскрыта:

- Медицинская информация:** Актовые записи о рождении, записи с врачебных приемов и медицинских осмотров, оценки развития, информация о госпитализациях и выписные эпикризы.
- Информация о психиатрическом/психологическом здоровье:** Обследования, записи о лекарственных препаратах и лечении, информация о госпитализациях и выписные эпикризы, результаты диагностики, включая карточки учета полученных в тестировании баллов.
- Документы, предоставляемые школой/колледжем и психологической службой, или документы о профессиональной подготовке/реабилитации:** Оценка AB3632, анализ конкретных случаев, психологическая оценка, оценка слуха, речи и языка, расшифровка последних IEP и (или) совокупность этих документов.
- Лечение ВИЧ, СПИДа, злоупотребления психоактивными веществами.**
- Другое (укажите)**

Я прошу, чтобы медицинская информация, предоставленная на основании данного разрешения, использовалась только для следующих целей: Эта информация будет использоваться NLACRC для оценки и принятия решений с целью определения соответствия критериям участия и подходящих этому лицу услуг.

Я понимаю, что данное разрешение является добровольным. Лечение, оплата, регистрация или соответствие критериям на получение страховых выплат могут не зависеть от подписания данного разрешения. Я имею право получить копию этого разрешения для хранения в своем архиве. Копия данного разрешения будет иметь такую же силу, как и оригинал.

Подпись клиента или законного представителя клиента _____

Дата _____

Имя и фамилия печатными буквами _____

Кем приходится клиенту, если подписано другим лицом _____

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6357 или отправьте в электронном виде на почту intake@nlacrc.org

Стр. 8/10



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И (ИЛИ) ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ И (ИЛИ) ДРУГОЙ ИНФОРМАЦИИ

Кому:

Адресат:

Настоящим я разрешаю вышеуказанной школе, медицинскому работнику, больнице, клинике, психиатрической больнице и (или) назначенным ими сотрудникам передавать школьную или медицинскую информацию, как указано ниже.

Я разрешаю передачу медицинской карты и (или) другой информации, касающейся:

Имя и фамилия: Дата рождения:

Прошу предоставить медицинскую информацию: РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОКРУГА NORTH LOS ANGELES (NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER, NLACRC)

СРОК ДЕЙСТВИЯ

Данное разрешение вступает в силу незамедлительно и будет действовать до _____ (введите дату) или в течение одного года с даты его подписания, если дата не указана.

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

Данное разрешение может быть отозвано в любое время нижеподписавшимся лицом. Такой отзыв должен быть выполнен в письменной форме, подписан нижеподписавшимся лицом и доставлен в NLACRC по адресу, указанному выше. Письменный отзыв разрешения вступает в силу с момента его получения, но не затрагивает передачи той информации, в отношении которой запрашивающее или другие лица совершили действие, полагаясь на данное разрешение.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

NLACRC не может осуществлять дальнейшую передачу информации, полученной в соответствии с данным разрешением, кроме случаев, когда будет получено дополнительное разрешение или если такое раскрытие информации конкретно требуется или разрешено по закону.

УКАЖИТЕ ВИДЫ ИНФОРМАЦИИ

Отметьте поля и поставьте инициалы возле видов информации, которая должна быть раскрыта:

- Медицинская информация:** Актовые записи о рождении, записи с врачебных приемов и медицинских осмотров, оценки развития, информация о госпитализациях и выписные эпикризы.
- Информация о психиатрическом/психологическом здоровье:** Обследования, записи о лекарственных препаратах и лечении, информация о госпитализациях и выписные эпикризы, результаты диагностики, включая карточки учета полученных в тестировании баллов.
- Документы, предоставляемые школой/колледжем и психологической службой, или документы о профессиональной подготовке/реабилитации:** Оценка AB3632, анализ конкретных случаев, психологическая оценка, оценка слуха, речи и языка, расшифровка последних IEP и (или) совокупность этих документов.
- Лечение ВИЧ, СПИДа, злоупотребления психоактивными веществами.**
- Другое (укажите)**

Я прошу, чтобы медицинская информация, предоставленная на основании данного разрешения, использовалась только для следующих целей: Эта информация будет использоваться NLACRC для оценки и принятия решений с целью определения соответствия критериям участия и подходящих этому лицу услуг.

Я понимаю, что данное разрешение является добровольным. Лечение, оплата, регистрация или соответствие критериям на получение страховых выплат могут не зависеть от подписания данного разрешения. Я имею право получить копию этого разрешения для хранения в своем архиве. Копия данного разрешения будет иметь такую же силу, как и оригинал.

Подпись клиента или законного представителя клиента _____

Дата _____

Имя и фамилия печатными буквами _____

Кем приходится клиенту, если подписано другим лицом _____

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6357 или отправьте в электронном виде на почту intake@nlacrc.org

Стр.
9/10



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И (ИЛИ) ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ И (ИЛИ) ДРУГОЙ ИНФОРМАЦИИ

Кому:

Адресат:

Настоящим я разрешаю вышеуказанной школе, медицинскому работнику, больнице, клинике, психиатрической больнице и (или) назначенным ими сотрудникам передавать школьную или медицинскую информацию, как указано ниже.

Я разрешаю передачу медицинской карты и (или) другой информации, касающейся:

Имя и фамилия: Дата рождения:

Прошу предоставить медицинскую информацию: РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОКРУГА NORTH LOS ANGELES (NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER, NLACRC)

СРОК ДЕЙСТВИЯ

Данное разрешение вступает в силу незамедлительно и будет действовать до _____ (введите дату) или в течение одного года с даты его подписания, если дата не указана.

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

Данное разрешение может быть в любое время отозвано нижеподписавшимся лицом. Такой отзыв должен быть выполнен в письменной форме, подписан нижеподписавшимся лицом и доставлен в NLACRC по адресу, указанному выше. Письменный отзыв разрешения вступает в силу с момента его получения, но не затрагивает передачи той информации, в отношении которой запрашивающее или другие лица совершили действие, полагаясь на данное разрешение.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

NLACRC не может осуществлять дальнейшую передачу информации, полученной в соответствии с данным разрешением, кроме случаев, когда будет получено дополнительное разрешение или если такое раскрытие информации конкретно требуется или разрешено по закону.

УКАЖИТЕ ВИДЫ ИНФОРМАЦИИ

Отметьте поля и поставьте инициалы возле видов информации, которая должна быть раскрыта:

- Медицинская информация:** Актовые записи о рождении, записи с врачебных приемов и медицинских осмотров, оценки развития, информация о госпитализациях и выписные эпикризы.
- Информация о психиатрическом/психологическом здоровье:** Обследования, записи о лекарственных препаратах и лечении, информация о госпитализациях и выписные эпикризы, результаты диагностики, включая карточки учета полученных в тестировании баллов.
- Документы, предоставляемые школой/колледжем и психологической службой, или документы о профессиональной подготовке/реабилитации:** Оценка AB3632, анализ конкретных случаев, психологическая оценка, оценка слуха, речи и языка, расшифровка последних IEP и (или) совокупность этих документов.
- Лечение ВИЧ, СПИДа, злоупотребления психоактивными веществами.**
- Другое (укажите)**

Я прошу, чтобы медицинская информация, предоставленная на основании данного разрешения, использовалась только для следующих целей: Эта информация будет использоваться NLACRC для оценки и принятия решений с целью определения соответствия критериям участия и подходящих этому лицу услуг.

Я понимаю, что данное разрешение является добровольным. Лечение, оплата, регистрация или соответствие критериям на получение страховых выплат могут не зависеть от подписания данного разрешения. Я имею право получить копию этого разрешения для хранения в своем архиве. Копия данного разрешения будет иметь такую же силу, как и оригинал.

Подпись клиента или законного представителя клиента _____

Дата _____

Имя и фамилия печатными буквами _____

Кем приходится клиенту, если подписано другим лицом _____

Заполните всю форму и отправьте в Департамент по вопросам регистрации (Intake Department) по факсу на номер телефона (818) 756-6357 или отправьте в электронном виде на почту intake@nlacrc.org

Стр. 10/10



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И ПЕРЕДАВАТЬСЯ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ ВНИМАТЕЛЬНО.

Региональный центр округа North Los Angeles (North Los Angeles County Regional Center, NLCRC) в соответствии с законодательством обязан обеспечивать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). PHI — это идентифицирующая вашу личность информация в любой форме (электронной, письменной, устной и т.д.), собранная, созданная, хранимая или полученная NLCRC в связи с вашим физическим/психическим здоровьем или заболеванием в прошлом, настоящем или будущем. В соответствии с законодательством мы обязаны предоставить вам, клиентам NLCRC, данное «Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации», объясняющее наши юридические обязательства и способы соблюдения конфиденциальности в отношении вашей PHI. Мы также обязаны соблюдать условия текущей версии данного Уведомления. В данном Уведомлении термины «NLCRC», «мы», «нам» и «наш» относятся к региональному центру округа North Los Angeles.

МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ВАШУ ЗАЩИЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ В СЛЕДУЮЩИХ СИТУАЦИЯХ:

Лечение: мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в целях предоставления, координации и (или) управления медицинским обслуживанием и сопутствующими услугами. Например, ваша защищенная медицинская информация (PHI) может быть передана координаторам услуг, врачам, поставщикам услуг, деловым партнерам, лицам, осуществляющим уход, членам семьи и другим лицам, участвующим в вашем лечении, как в рамках NLCRC, так и за его пределами.

Деятельность в сфере здравоохранения: Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в целях нашей деятельности. Например, для мероприятий, включающих, среди прочего, координацию обслуживания, оценку и улучшение качества, снижение рисков, надзор со стороны органов штата и федеральных органов, аудит, обучение и защиту интересов. Это может включать в себя передачу вашей информации Управлению социального обеспечения людей с нарушениями развития в штате California (California Department of Developmental Services, DDS) и при необходимости другим региональным центрам штата California.

Оплата: мы можем использовать вашу PHI, например, для определения нашей ответственности по оплате или для выставления счета и сбора платежей за лечение и связанные с лечением услуги, которые вы получаете.

Напоминания о приеме и уведомления: Мы можем связываться с вами по поводу приема или предоставлять вам информацию, которая может вас заинтересовать.

Деятельность в сфере общественного здравоохранения: Ваша PHI может передаваться другим лицам для деятельности в сфере общественного здравоохранения, например, в связи с профилактикой заболеваний, травм или инвалидности; для отслеживания и мониторинга определенных медицинских препаратов.

Судебные разбирательства: ваша PHI может использоваться или раскрываться в ходе судебных разбирательств, например, в рамках административного слушания, по решению суда или повестке.

Правоохранительные мероприятия: ваша PHI может передаваться правоохранительным органам, например, в ответ на ордер на обыск или для сообщения о преступлении.

Исследования: мы можем использовать или передавать вашу PHI в целях исследований, одобренных NLCRC и Институциональным наблюдательным советом — комитетом, ответственным в соответствии с законодательством за изучение и утверждение исследований для защиты безопасности участников и конфиденциальности PHI. Для участия в таких исследованиях также может потребоваться ваше конкретное разрешение.

Серьезная угроза здоровью или безопасности или помощь в случае стихийных бедствий: Мы можем использовать или передавать вашу PHI для предотвращения серьезной/непосредственной угрозы вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности другого человека.

Национальная безопасность: мы можем передавать вашу PHI уполномоченным федеральным должностным лицам в целях разведки и другой деятельности в сфере национальной безопасности, уполномоченной законодательством.

Деятельность коронеров, судмедэкспертов, распорядителей похорон, а также донорство органов: ваша PHI может передаваться этим организациям, если она требуется им в соответствии с законодательством для выполнения их официальных обязанностей; например, для идентификации умершего человека.

Исправительные учреждения: если вы находитесь под надзором правоохранительных органов с лишением свободы, мы можем передать вашу PHI исправительным учреждениям или правоохранительным органам, если это необходимо для получения вами медицинского обслуживания.

По предписанию законодательства: мы можем раскрывать вашу PHI в других случаях, предусмотренных законодательством.

ДРУГИЕ ВИДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Другие виды использования и раскрытия защищенной медицинской информации, на которые не распространяется данное уведомление или применимое к нам законодательство, разрешается только с вашего письменного разрешения. Предоставленное вами разрешение на использование или раскрытие вашей РИИ может быть отозвано в любое время в письменной форме. Если вы отзовете свое разрешение, это прекратит любое дальнейшее использование или раскрытие вашей РИИ в целях, охватываемых вашим письменным разрешением. Вы понимаете, что мы не можем отменить какое-либо раскрытие информации, которое мы уже осуществили на основании вашего разрешения, и что мы обязаны хранить нашу документацию о предоставленном вам лечении. Существуют более строгие требования к использованию и раскрытию некоторых видов РИИ, например, записей о ВИЧ/СПИДе, психическом здоровье, лечении зависимостей, связанных со злоупотреблением наркотиками и алкоголем. Информация подобного рода может быть раскрыта только в соответствии с этими более строгими законами.



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (PHI) ВКЛЮЧАЮТ:

Право на проверку и копирование ваших записей Вы имеете право сделать запрос в письменной форме для проверки и копирования вашей PHI в определенных комплектах документов. Если мы откажем вам в этом запросе, мы сделаем это в письменной форме с указанием причин, и у вас есть право на пересмотр этого решения.

Право на запрос внесения поправок в ваши документы Если вы считаете, что ваша PHI является неверной или неполной, вы имеете право в письменном виде запросить внесение в нее изменений с указанием причин, по которым мы должны внести эти исправления или дополнения. Если мы откажем вам в этом запросе, мы сделаем это в письменной форме с указанием наших причин, и вы можете подать письменное заявление о несогласии.

Право на запрос ограничений Вы имеете право запросить в письменном виде ограничение или пределы использования или раскрытия нами вашей PHI. Вы можете потребовать, чтобы ваша PHI не передавалась другим лицам, например члену семьи или другу. Однако в соответствии с законодательством мы не обязаны соглашаться с вашим запросом.

Право на запрос конфиденциальности коммуникаций У вас есть право запросить в письменной форме, чтобы мы общались с вами определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете запросить, чтобы мы связывались с вами только на работе или по почте. Если мы сможем обоснованно или законно согласиться на ваш запрос, мы это сделаем.

Право на учет раскрытия данных У вас есть право запросить в письменной форме учет раскрытий вашей PHI за период до 6 лет до вашего запроса, однако это не касается раскрытий, осуществленных до 14 апреля 2003 г. Этот учет не включает передачу информации для осуществления лечения, деятельности в сфере здравоохранения, оплаты, общего уведомления, деятельности правоохранительных органов, национальной безопасности, исправительных учреждений, а также иных действий, санкционированных законом. Кроме того, этот учет не включает сведения о раскрытии информации, в отношении которых у NLACRC было подписано разрешение, сведения, раскрытые вам, лицу, осуществляющему уход за вами, или лицам, действующим от вашего имени.

Право на получение бумажной копии настоящего Уведомления Вы имеете право в любое время получить бумажную копию настоящего Уведомления по запросу. Его копию можно скачать на веб-сайте www.nlacrc.org, а также получить на стойке приемной в любом из наших учреждений или через вашего координатора услуг.

ИЗМЕНЕНИЯ В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ Мы сохраняем за собой право в любое время вносить изменения в настоящее Уведомление и нашу практику использования конфиденциальной информации, если эти изменения соответствуют законам штата и федеральным законам. Любое пересмотренное Уведомление будет применяться как к вашей PHI, которой мы уже располагали на момент изменения, так и к PHI, созданной или полученной после вступления в силу данного изменения. Копия текущего Уведомления будет вывешена в информационной зоне во всех учреждениях NLACRC на видном месте. Если мы изменим свое Уведомление, вы можете получить копию пересмотренного Уведомления на веб-сайте NLACRC, на стойке приемной или у вашего координатора услуг.

ВОПРОСЫ/ЖАЛОБЫ Если у вас возникнут вопросы относительно данного Уведомления, наших правил и процедур использования конфиденциальной информации или если вы обращаетесь в отношении PHI в письменной форме, включая запросы об ограничениях ее использования или раскрытия, или чтобы подать жалобу на наши правила и процедуры использования конфиденциальной информации, напишите в NLACRC по адресу Attn: HIPAA Privacy Officer, 9200 Oakdale Ave. Suite 100, Chatsworth, CA 91311 или позвоните по номеру 818-778-1900. Если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, вы можете также уведомить секретаря Министерства здравоохранения и социальных служб (HHS). Подача жалобы не навлечет на вас никаких санкций.

Кодекс социального обеспечения и учреждений, раздел 4731 Процедура рассмотрения жалоб от клиентов

Клиенты и их семьи имеют законное право подать жалобу, если они считают, что их права были нарушены или они были необоснованно лишены своих прав. Если вам требуется дополнительная информация о подаче жалобы, пожалуйста, позвоните администратору по работе с контрактами NLACRC по телефону (818) 778-1900.

Вы можете ознакомиться с процедурой рассмотрения жалоб от клиентов онлайн:
<https://www.nlacrc.org/consumers-families/complaint-process>

Если вы не зарегистрированы в качестве избирателя по нынешнему месту проживания, желаете ли вы сегодня подать заявку, чтобы зарегистрироваться для участия в выборах?
(Отметьте один вариант)

- Уже зарегистрирован(-а). Я зарегистрирован(-а) в качестве избирателя по моему нынешнему адресу проживания.
- Да. Я хочу зарегистрироваться в качестве избирателя. (Заполните прилагаемую форму регистрации избирателя.)
- Нет. Я не хочу регистрироваться в качестве избирателя.

ПРИМЕЧАНИЕ: ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОСТАВИТЕ ОТМЕТКУ, БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В КАЧЕСТВЕ ИЗБИРАТЕЛЯ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ. ВЫ МОЖЕТЕ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИЛАГАЕМОЙ ФОРМОЙ РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЯ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ В УДОБНОЕ ДЛЯ ВАС ВРЕМЯ.

Имя и фамилия заявителя _____

Дата _____

Важные уведомления

1. Регистрация или отказ от регистрации в качестве избирателя **не** повлияет на размер помощи, предоставляемой этой организацией.
2. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы готовы вам помочь. Вы можете сами решить, требуется ли вам наша помощь. Вы можете заполнить форму регистрации самостоятельно.
3. Если вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на регистрацию или отказ от регистрации в качестве избирателя, ваше право на конфиденциальность при принятии решения о необходимости регистрироваться или при подаче заявки на регистрацию в качестве избирателя или ваше право самостоятельно выбирать предпочтения политической партии или иные политические предпочтения, вы можете подать жалобу Государственному секретарю штата, позвонив по бесплатному номеру (800) 345-VOTE (8683) или написав по адресу: Secretary of State, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA, 95814. Для получения дополнительной информации о выборах и голосовании посетите веб-сайт Государственного секретаря штата по адресу www.sos.ca.gov.