



Согласие на использование и передачу данных службой CareConnect округа Лос-Анджелес



Округ Лос-Анджелес («Округ») управляет программой LA County CareConnect («CareConnect») через свой Департамент юстиции, поддержки и возможностей (Justice, Care, and Opportunities Department, «JCOD»). CareConnect — это веб-платформа, которая позволяет сотрудникам программы и поставщикам услуг находить для людей необходимую помощь. Организации и агентства по всему округу используют CareConnect для того, чтобы направлять людей к подходящим поставщикам услуг.

С помощью CareConnect координаторы могут задать стандартные вопросы для выявления ваших основных потребностей и сбора информации, найти подходящих для вас поставщиков услуг и проверить их доступность, а также отправить направление от вашего имени, чтобы подключить вас к услугам. CareConnect передает вашу информацию программам округа, их партнерам и другим организациям, чтобы вы могли получить необходимые услуги.

Программы округа — это программы, которые предоставляют услуги или полагающиеся вам льготы через департаменты округа. В CareConnect участвуют самые разные организации (как партнеры программ округа, так и независимые агентства), которые предоставляют или координируют услуги в следующих сферах:

- Социальное сопровождение
- Жилье
- Услуги для обеспечения базовых потребностей, таких как продукты питания или одежда
- Психическое здоровье и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ
- Физическое здоровье
- Юридическая помощь
- Социальные службы
- Трудоустройство, обучение и образование

Чтобы получить список организаций и агентств, участвующих в CareConnect, посетите веб-страницу careconnect.lacounty.gov/connected-providers или отправьте запрос о получении списка по электронной почте careconnect@jcod.lacounty.gov.

Программы округа, партнеры и организации, возможно, будут обмениваться предоставленной вами личной информацией, информацией о здоровье и/или социальных услугах, для того чтобы:

- определить услуги, на которые вы можете иметь право;
- определить услуги, которые могут вам понадобиться;
- найти место получения услуг, до которого вам будет легко добираться;
- направить вас к поставщикам услуг;
- связаться с поставщиками, чтобы помочь вам получить доступ к услугам;
- провести мероприятия по улучшению качества, отчетности и оценке.

Координаторы и поставщики услуг, зарегистрировавшие вас в CareConnect, получившие для вас направления или предоставляющие вам услуги, смогут видеть эту совместно используемую информацию, необходимую для работы с вами. Сюда может относиться следующая информация:

- Ваше имя и фамилия, дата рождения, контактная информация и демографические данные, которые вы предоставляете CareConnect при регистрации.



Согласие на использование и передачу данных службой CareConnect округа Лос-Анджелес



- Информация, связанная с направлением на получение услуг. Это включает информацию, касающуюся уголовного судопроизводства (например, номер записи об аресте и номер дела) и запрашиваемую при получении направления по приказу суда, а также необходимую информацию, предоставленную вами самостоятельно.
- Результаты поиска по текущим и прошлым проверкам.
- Информация о направлениях на услуги, *выданных через CareConnect*. В этом случае указывается дата предоставления и тип услуги (например, жилищные или медицинские услуги).

Ставя свою подпись, я соглашаюсь с тем, что мои текущие, прошлые и будущие поставщики услуг, координаторы по уходу, помощники по обслуживанию, программы округа и их партнеры, которые участвуют в CareConnect, могут раскрывать и получать предоставляемые мной личные, медицинские и/или социальные данные, которые я сообщаю, а также справочную информацию для целей, описанных выше.

Я понимаю, что:

- Данное согласие будет действовать в течение одного (1) года или до истечения срока действия всех полученных мной направлений, в зависимости от того, что наступит позже, после чего меня попросят снова предоставить соответствующее разрешение при следующем взаимодействии с сотрудником, использующим CareConnect для подключения меня к услугам.
- Я имею право отменить данное согласие в любое время. Я могу сделать это, связавшись с сотрудником, который участвует в моем обслуживании, или написав по адресу careconnect@jcod.lacounty.gov. Чтобы отменить данное согласие в письменной форме, я могу воспользоваться соответствующим полем, приведенным в конце данного документа, или отправить запрос на сайте CareConnect. Если я отзову свое согласие, передача любых персональных данных прекратится начиная с указанного дня. Если какая-либо персональная информация уже была раскрыта ранее, ее предоставление не может быть отменено.
- Предоставляя свой номер мобильного телефона, я даю согласие на получение текстовых сообщений от CareConnect, связанных с использованием мною услуг CareConnect. Это может включать уведомления с актуальной информацией, напоминания и другие необходимые сообщения. При отправке или получении текстовых сообщений могут применяться тарифы на передачу сообщений и данных в соответствии с условиями моего оператора мобильной связи. Я могу отменить услугу получения SMS в любое время, отправив слово «STOP» в ответ на сообщение от CareConnect.
- Если я не даю согласие на использование и передачу моих данных службой CareConnect, я все равно могу получать услуги, на которые официально имею право: с помощью общедоступной версии CareConnect я могу отправлять запросы на обслуживание поставщикам, участвующим в программе. Однако я не смогу осуществлять доступ к услугам через CareConnect, и мне понадобится обращаться за получением услуг другим способом.
- У меня есть право:
 - просмотреть или получить копию моей медицинской информации и информации о социальных услугах, которая передается в соответствии с настоящим Соглашением;



**Согласие на использование и передачу данных службой
CareConnect округа Лос-Анджелес**



- отказаться от подписания настоящего Соглашения;
- получить копию настоящего Соглашения.

Я прочитал (-а) и понимаю данное Соглашение (или документ был мне зачитан). Я даю согласие на использование и передачу моей информации, как описано выше.

Имя клиента

Дата рождения клиента

Подпись клиента

Дата



Согласие на использование и передачу данных службой
CareConnect округа Лос-Анджелес



Я подтверждаю, что предоставил (-а) и разъяснил (-а) данный документ лицу, указанному выше, до получения его подписи.

Подпись сотрудника

Дата



Согласие на использование и передачу данных службой
CareConnect округа Лос-Анджелес



Я отзываю согласие, представленное JCOD, начиная с _____ (ДАТА).
Отзыв не влияет информацию, уже раскрытую на основании данного согласия. Отзыв не
касается информации, которая может быть предоставлена в соответствии с законами штата
или федеральными законами.

Подпись клиента

Дата