



## Department of Health

ANDREW M. CUOMO  
Governor

HOWARD A. ZUCKER, M.D., J.D.  
Commissioner

SALLY DRESLIN, M.S., R.N.  
Executive Deputy Commissioner

Nome (in stampatello): \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

### Modulo di rifiuto della condivisione di informazioni sanitarie Medicaid con il programma New York State Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP)

Per aiutarla a ricevere un'assistenza sanitaria più efficace nell'ambito del DSRIP, il programma Medicaid dello New York State (NYS) vorrebbe condividere alcune informazioni con il suo Performing Provider System (PPS) locale in merito all'assistenza e alle cure da lei ricevute. I membri del PPS sono i medici che le hanno già prestato assistenza. Disporre di queste informazioni consentirà ai suoi medici e ai responsabili dell'assistenza sanitaria di offrirle un servizio migliore. La sua privacy è molto importante per noi, e proprio in quest'ottica lei avrà modo di controllare in ogni momento come vengono utilizzate le sue informazioni personali.

In qualità di iscritto a Medicaid, lei ha già autorizzato New York State Medicaid, i suoi operatori sanitari e i responsabili del suo programma sanitario ad accedere a una serie di informazioni per aiutarla a ricevere assistenza più facilmente e a pagare per i servizi e gli interventi di assistenza sanitaria. Questo modulo non ha effetto su questa autorizzazione. Finora, il NYS ha condiviso con il suo DSRIP PPS locale solo le sue informazioni di contatto. **Questo modulo le permette di informare Medicaid che non è autorizzato a condividere le sue informazioni sanitarie con i suoi DSRIP PPS locali, e vieta la condivisione di informazioni, dati e informazioni sanitarie protette in possesso di Medicaid con un PPS.** Questa procedura viene definita "rifiuto della condivisione". In questo caso, dunque, non potrà ricevere nessuno dei servizi offerti dal PPS nella sua zona per migliorare i servizi di assistenza per gli iscritti a Medicaid.

Può rifiutarsi di condividere con il PPS le sue informazioni sanitarie Medicaid in uno dei seguenti modi:

- Chiamando la Help Line Medicaid: 1-855-329-8850  
Numero TTY: 1-800-662-1220
- Compilando questo modulo e inviandolo per posta al seguente indirizzo:  
NYS Department of Health  
PO BOX 11726  
Albany, NY 12211

Può esprimere il suo rifiuto in qualunque momento. Se decide di esprimere il suo rifiuto, NYS Medicaid non condividerà nessuna delle sue Informazioni sanitarie protette con il suo PPS locale. Se non vuole che alcune delle sue Informazioni sanitarie protette vengano condivise con il PPS, deve esprimere il suo rifiuto.

Tuttavia, NYS Medicaid, i suoi operatori sanitari e i responsabili del suo programma sanitario continueranno a condividere la sue Informazioni sanitarie protette, secondo le condizioni da lei accettate all'atto dell'iscrizione a NYS Medicaid e nel rispetto delle leggi federali e dello Stato di New York.

Se non vuole autorizzare Medicaid a condividere le sue informazioni sanitarie con il suo PPS locale, deve inviare questa richiesta entro 30 giorni al Department of Health. L'elaborazione della richiesta potrebbe richiedere fino a 60 giorni. Se vuole che Medicaid condivida i suoi dati con il PPS, non deve fare nulla e non deve rispedirci questa lettera.

Ho letto per intero questa sezione e comprendo i miei diritti. Comprendo che compilando questo modulo sto comunicando al programma Medicaid dello New York State che non voglio che Medicaid condivida le mie informazioni sanitarie personali protette con il Performing Provider System locale.

---

Firma dell'iscritto a Medicaid (o del genitore/tutore legale)

Data odierna:

---

Numero Medicaid:

Numero di telefono completo:

**If you would like to view this letter in English, please visit the following website:**

[http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/redesign/dsrip/consumers.htm](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrip/consumers.htm)