

स्वास्थ्य सूचना जारी करने के लिए प्राधिकरण

Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company और उनके व्यावसायिक सहयोगियों (सामूहिक रूप से "Blue Shield") को आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी किसी अन्य व्यक्ति या संगठन को जारी करने हेतु अधिकृत करने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करें।

1. सदस्य की जानकारी

सदस्य का नाम:

सदस्य का पता:

ग्राहक आईडी नंबर:

जन्म की तारीख:

2. जानकारी कौन प्राप्त कर सकता है?

प्राप्तकर्ता का नाम:

प्राप्तकर्ता का पता:

सदस्य के साथ प्राप्तकर्ता का संबंध:

3. इस फॉर्म को भरने का उद्देश्य क्या है? (किसी एक विकल्प पर निशान लगाएं)

नया प्राधिकरण (संख्या 4 पर आगे बढ़ें)

मौजूदा प्राधिकरण को रद्द करें (संख्या 7 पर जाएँ)

4. सूचना के प्रकटीकरण का उद्देश्य क्या है? (किसी एक विकल्प पर निशान लगाएं)

मेरे अनुरोध पर - कोई विशेष उद्देश्य नहीं

विशेष उद्देश्य: _____

5. प्राप्तकर्ता के साथ कौन सी जानकारी साझा की जा सकती है? (लागू होने वाले सभी चुनें)

- लाभों की व्याख्या
- क्लेमस की जानकारी
- प्रीमियम बिलिंग से जुड़ी जानकारी
- केस प्रबंधन
- Blue Shield द्वारा रखी जाने वाली कोई भी या सारी जानकारी। इसमें आपकी मेडिकल देखभाल, निदान, प्रदाता, बीमा या लाभ के क्लेम/भुगतान, और/या वित्तीय/बिलिंग से जुड़ी जानकारी से संबंधित जानकारी शामिल हो सकती है। इसमें संवेदनशील जानकारी शामिल नहीं है, जब तक कि नीचे विशेष रूप से अनुमोदित न किया गया हो।
- अन्य (बताएँ): _____

6. क्या प्राप्तकर्ता संवेदनशील जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत है? (किसी एक विकल्प पर निशान लगाएं)

- नहीं
- हाँ (लागू होने वाले सभी विकल्प चुनें)
 - छूत से फैलने वाले एवं संक्रामक रोग
 - लिंग परिवर्तन देखभाल
 - आनुवंशिक जानकारी
 - HIV/AIDS
 - मानसिक या व्यवहारिक स्वास्थ्य
 - यौन और प्रजनन स्वास्थ्य
 - यौन, शारीरिक या मानसिक शोषण, जिसमें यौन साथी द्वारा की जाने वाली हिंसा भी शामिल है
 - यौन संचारित संक्रमण
 - नशीले पदार्थों के सेवन से जुड़ा विकार (शराब/नशीली दवाएँ)

7. समाप्ति और निरस्तीकरण

मैं चाहूँगा(गी) कि यह प्राधिकरण _____ (उदाहरण: __/__/__) को समाप्त हो। यदि कोई तारीख नहीं चुनी जाती है, तो प्राधिकरण नीचे हस्ताक्षर की तारीख से एक वर्ष बाद समाप्त हो जाएगा। आपके पास किसी भी समय Blue Shield को लिखित रूप में सूचित करके इस प्राधिकरण को रद्द करने का अधिकार है। इस प्राधिकरण को रद्द करने से आपके निरस्तीकरण अनुरोध प्राप्त होने से पहले हमारे द्वारा प्रकट की गई जानकारी प्रभावित नहीं होगी। यदि यह प्राधिकरण किसी नाबालिग की ओर से माता-पिता या कानूनी अभिभावक की ओर से दिया जाता है, तो यह नाबालिग के अठारहवें जन्मदिन पर समाप्त हो जाएगा।

8. सदस्य या कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

मैंने यह फॉर्म पढ़ लिया है और मैं इसकी शर्तों को समझता/ती हूँ और उनसे सहमत हूँ। मैं Blue Shield of California को उपरोक्त निर्देशानुसार बताए गए प्राप्तकर्ता को जानकारी प्रकट करने का निर्देश देता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि एक बार मेरी जानकारी प्रकट हो जाने के बाद, इसे प्राप्तकर्ता द्वारा फिर से प्रकट किया जा सकता है और अब संघीय हेल्थ इश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड एकाउंटेबिलिटी एक्ट 1996 सहित निजता कानूनों द्वारा संरक्षित नहीं किया जा सकता है। मैं समझता/ती हूँ कि मैं इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करता/ती हूँ या नहीं, Blue Shield भुगतान, हेल्थ प्लान में नामांकन, या लाभ के लिए इसे प्रभावित नहीं कर सकता।

हस्ताक्षर

तारीख

नाम

यदि किसी कानूनी प्रतिनिधि ने इस फॉर्म पर हस्ताक्षर किए हैं, तो कृपया प्रतिनिधि का नाम और सदस्य से संबंध (माता-पिता, अदालत द्वारा आदेशित संरक्षण, हेल्थकेयर पावर ऑफ अटॉर्नी, आदि) प्रदान करें:

यदि इस फॉर्म पर सदस्य या नाबालिग के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति, जैसे व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक, या निष्पादक द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, तो **आपको कानूनी दस्तावेज भी जमा करना होगा** जो सदस्य (या सदस्य के एस्टेट) की ओर से स्वास्थ्य जानकारी जारी करने हेतु कार्यवाही करने का अधिकार दर्शाता हो। ऐसे दस्तावेज में निम्न चीजें शामिल हो सकती हैं, उदाहरण के लिए:

1. हेल्थकेयर पावर ऑफ अटॉर्नी
2. न्यायालय द्वारा आदेशित अभिभावकत्व का वर्तमान, वैध दस्तावेज; या
3. सदस्य (या सदस्य के एस्टेट) की ओर से कार्य करने का आपका अधिकार दिखाने वाले अन्य वैध कानूनी दस्तावेज

आपके रिकॉर्ड के लिए प्राधिकरण फॉर्म की एक प्रति अपने पास रखें।

भरा हुआ और हस्ताक्षरित प्राधिकरण फॉर्म यहाँ लौटाएँ:

Blue Shield of California Customer Care
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。