

Promise Health Plan

본 양식을 사용하여 Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 및 해당 사업 파트너(총칭 "Blue Shield")가 귀하의 건강 정보를 다른 사람이나 조직에 공개하도록 합니다.

## 1. 가입자 정보

가입자 이름:

가입자 주소:

주 가입자 ID 번호:

생년월일:

## 2. 정보를 받을 사람은 누구입니까?

수령인 이름:

수령인 주소:

수령인과 가입자와의 관계:

## 3. 본 양식을 작성하는 목적은 무엇입니까? (하나를 선택하십시오)

신규 허가(4번으로 이동)

기존 허가 철회(7번으로 이동)

## 4. 정보 공개 목적은 무엇입니까? (하나를 선택하십시오)

내 요청에 따름 - 특정 목적 없음

특정 목적: \_\_\_\_\_

## 5. 수령인과 공유할 수 있는 정보는 무엇입니까? (해당하는 모든 항목에 체크 표시하십시오)

혜택 설명

청구 정보

보험료 청구 정보

케이스 관리

Blue Shield Promise Health Plan가 관리하는 모든 정보. 여기에는 귀하의 의료적 치료, 진단, 의료진, 보험 또는 혜택 청구/지급 및/또는 금융/청구 정보가 포함될 수 있습니다. 아래에서 특별히 승인하지 않는 한 민감한 정보는 포함되지 않습니다.

기타(해당되는 경우 구체적인 날짜 범위를 포함하여 기재하십시오): \_\_\_\_\_

6. 수령인이 민감한 정보를 수령하도록 승인합니까? (하나를 선택하십시오)

아니요

예(해당하는 모든 항목에 체크 표시하십시오)

전염성 및 감염성 질병

성 확정 케어

유전 정보

인간 면역 결핍 바이러스/후천면역결핍증후군

정신 또는 행동 건강

성 및 생식 건강 - 기타

성 및 생식 건강 - 낙태

성 및 생식 건강 - 낙태 - 관련 서비스

성 및 생식 건강 - 피임

친밀한 관계에서 이루어지는 폭력을 포함하여 성적, 신체적 또는 정신적 학대

성매개감염

물질 사용 장애(알코올/약물)

7. 만료 및 철회

\_\_\_\_\_에 본 허가를 종료하고자 합니다. (예: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

날짜를 선택하지 않는 경우, 허가는 아래 서명일로부터 1년 후 만료됩니다. 귀하는 Blue Shield Promise Health Plan에 서면으로 알림으로써 본 허가를 언제든지 철회할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 본 허가를 철회하는 것은 파기 요청을 받기 전에 당사가 공개한 정보에는 효력을 미치지 않습니다. 본 허가를 미성년자를 대신하여 부모 또는 법적 보호자가 제공했을 경우, 해당 허가는 미성년자의 18세 생일에 효력이 만료됩니다.

8. 가입자 또는 법적 대리인의 서명

본인은 본 양식을 읽고 이해하였으며 본 조건에 동의합니다. 본인은 Blue Shield Promise Health Plan이 본 정보를 상단에 명시된 수령인에게 공개하도록 허가합니다. 본인은 본인의 정보가 일단 공개되면, 수령인이 재공개할 수 있으며, 연방 1996년 Health Insurance Portability and Accountability Act(건강 보험 이동과 책임에 관한 법률)를 포함한 개인정보 보호법에 따라 더 이상 보호를 받게 될 수 없다는 것을 이해합니다. 본인은 본 허가서에 서명했는지와 상관없이 Blue Shield Promise Health Plan가 지불, 건강 플랜 가입 또는 혜택 자격을 좌우하지 않을 것임을 이해합니다.

서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

정자체 이름 \_\_\_\_\_

법적 대리인이 본 양식에 서명하는 경우, 대리인의 이름과 가입자와의 관계(부모, 법원 명령 후견인, 건강 관리 위임장 등)를 제공해주십시오:

만약 본 양식에 가입자 또는 미성년자의 부모 외에 다른 자, 예를 들어 개인/법적 대리인, 보호자 또는 집행인 등이 서명했을 경우, 가입자(또는 가입자의 상황)를 대신하여 건강 정보를 공개하는 행위가 가능하다는 권한을 나타내는 **법률 서류 또한 제출**해야 합니다. 이러한 서류에 포함되는 사항은 다음과 같습니다.

1. 건강 관리 위임장
2. 법원 명령 후견인의 현재 유효한 서류 또는
3. 가입자(또는 가입자의 상황)를 대신하여 행위가 가능하다는 권한을 나타내는 기타 유효한 법률 서류

---

**허가서 사본을 기록을 위해 보관해 주십시오.**

허가서를 작성하고 서명하여 다음 주소로 보내주십시오.

Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Service  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

Blue Shield of California Promise Health Plan은 해당 주법 및 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 신체적 성별, 결혼 여부, 사회적 성별, 성 정체성, 성적 지향, 나이 또는 장애에 따라 사람을 차별하지 않습니다.