

## 有關受保護健康資訊的 保密通信的申請書

您可使用此表提出申請，要求 Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) 使用保密郵寄地址、電郵地址、或電話號碼向您傳達受保護健康資訊 (「PHI」)。如果您選擇不使用此表，請使用本表背面的郵寄地址、電郵地址、或傳真號碼，以書面形式將本表要求的所有資訊提交給 Blue Shield Promise。

您的申請將僅適用於 Blue Shield Promise 及其業務合作夥伴傳達的 PHI。如果您的申請無法合理地得到滿足，申請可能遭拒。如果您的申請已獲批，並且您隨後更改了地址，或者您的投保人身份識別號碼發生變化，您必須向 Blue Shield Promise 發送書面申請，重新提交新的保密通訊申請。您可透過向 Blue Shield Promise 發送書面申請，以撤銷保密通訊申請，相關郵寄地址、電郵地址、或傳真號碼見本表背面。

### 1. 申請 PHI 保密通信的個人：

姓名：

投保人 ID 號碼：

電話號碼：

出生日期：

電郵地址：

### 2. 本人要求 Blue Shield Promise 使用以下方式向本人傳達本人的 PHI：

保密郵寄地址：

保密電話號碼：

保密電郵地址：

### 3. 個人、未成年人的家長或個人代表的簽名：

簽名

日期

正楷姓名：

---

## 法定代表人或監護人

如果本表由個人或未成年人的家長以外的其他人簽署，如個人/法定代表人或監護人，您還必須提交相關文件，證明您具有代表該個人就其醫療保健/PHI 行事的合法授權。該等文件可能包括：

1. HIPAA 授權書；
2. 醫療保健授權委託書；
3. 監護權文書；或
4. 其他可證明您具有代表該個人行事的合法授權的有效文件。

---

代表人的姓名 (正楷書寫)：

---

與會員的關係：

---

提交的文件類型：

---

代表人的簽名：

---

您可透過以下任意選項將已填妥並簽字的表格交回給我們：

郵寄：Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office, PO Box 272540,  
Chico CA, 95927-2540

電郵：[privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

傳真：1-800-201-9020

---

Blue Shield of California Promise Health Plan 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。

您可免費索取本文件的其他格式，例如：大字版、盲文版和/或音訊版。請致電 (855) 905-3825 (TTY: 711)，服務時間：每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。

Blue Shield of California Promise Health Plan 與 L.A. Care Health Plan 簽訂合約，以在 Los Angeles 縣提供 Medi-Cal 管理式護理服務。