

درخواست اطلاع‌رسانی محرمانه اطلاعات سلامت محافظت‌شده

می‌توانید با استفاده از این فرم درخواست کنید که Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) اطلاعات سلامت محافظت‌شده («PHI») شما را به یک نشانی پستی، نشانی ایمیل یا شماره تلفن محرمانه ارسال کند. اگر انتخابتان این است که از این فرم استفاده نکنید، لطفاً تمام اطلاعات درخواست‌شده در این فرم را به صورت کتبی از طریق نشانی پستی، نشانی ایمیل یا شماره نمابر پایین فرم به Blue Shield Promise ارسال کنید.

درخواست شما فقط برای PHI ارسال‌شده توسط Blue Shield Promise و شرکای تجاری آن اعمال خواهد شد. اگر به طور معقولی امکان برآورده کردن درخواست شما وجود نداشته باشد، ممکن است درخواستتان رد شود. اگر درخواست شما پذیرفته شد و بعداً نشانی خود را تغییر دادید، یا اگر شماره شناسایی مشترک شما تغییر کرد، باید با ارسال درخواستی کتبی به Blue Shield Promise مجدداً درخواست جدیدی برای «اطلاع‌رسانی محرمانه» ارسال کنید. می‌توانید با ارسال درخواستی کتبی به Blue Shield Promise از طریق نشانی پستی، نشانی ایمیل یا شماره نمابر پایین فرم، درخواست خود برای اطلاع‌رسانی محرمانه را لغو کنید.

1. شخص درخواست‌کننده اطلاع‌رسانی محرمانه PHI:

نام:

شماره شناسه مشترک:

شماره تلفن:

تاریخ تولد:

نشانی ایمیل:

2. اینجانب درخواست می‌کنم Blue Shield Promise اطلاع‌رسانی PHI من را از طریق موارد زیر انجام دهد:

نشانی پستی محرمانه:

شماره تلفن محرمانه:

نشانی ایمیل محرمانه:

3. امضای شخص، والدین فرزند زیر سن قانونی یا نماینده شخصی:

امضا

تاریخ

نام با حروف درشت:

نمایندگان قانونی یا سرپرست‌ها

اگر فرد دیگری غیر از خود شخص یا والدین فرزند زیر سن قانونی، مانند نماینده شخصی/قانونی یا سرپرست، این فرم را امضا می‌کند، باید مدارکی را نیز ارائه دهید که صلاحیت قانونی شما را برای اقدام از طرف فرد در رابطه با مراقبت‌های سلامت/PHI او اثبات کند. چنین اسنادی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

1. مجوز HIPAA؛
2. وکالتنامه مراقبت‌های سلامت؛
3. مدارک سرپرستی؛ یا
4. سایر اسناد معتبری که صلاحیت قانونی شما را برای اقدام از طرف شخص اثبات می‌کند.

نام نماینده (با حروف درشت):

ارتباط با عضو:

نوع اسناد ارسال شده:

امضای نماینده:

می‌توانید این فرم تکمیل شده و امضا شده را از طریق یکی از این گزینه‌ها برگردانید:

پست: Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office, PO Box 272540,

Chico CA, 95927-2540

ایمیل: privacy@blueshieldca.com

نمابر: 1-800-201-9020

Blue Shield of California Promise Health Plan مطابق با قوانین کاربردی حقوق مدنی ایالتی و فدرال است و براساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، هویت گروه قومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات وراثتی، اصل و نسب، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت ذهنی یا جسمی تبعیضی قائل نمی‌شود، این افراد را از حقوقشان محروم نمی‌کند یا برخورد متفاوتی با آنها ندارد.

شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت‌های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. در هفت روز هفته و از ساعت 8 صبح تا 8 شب با (711) (TTY: 905-3825) (855) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

Blue Shield of California Promise Health Plan با L.A. Care Health Plan قرارداد بسته است تا خدمات مراقبت مدیریت شده Medi-Cal در شهرستان Los Angeles را به شما ارائه بدهد.