



Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Thông Báo cho Hội Viên

- Việc điền vào mẫu này sẽ giúp cho chương trình chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với người hoặc nhóm mà quý vị chọn
- Quý vị không phải điền vào mẫu này hoặc cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị sẽ không thay đổi nếu quý vị không ký tên vào mẫu này.
- Nếu quý vị huỷ bỏ Mẫu Cho Phép này, hãy điền vào Mẫu Xin Rút Lại có ở trang kế và gửi mẫu tới địa chỉ dưới đây.
- Coordinated Care không thể hứa hẹn là người hoặc nhóm mà quý vị chọn sẽ không chia sẻ thông tin của quý vị với ai khác.
- Giữ lại một bản sao của tất cả các mẫu mà quý vị gửi cho chúng tôi. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các bản sao nếu cần.
- Quý vị có thể gửi thư hoặc fax mẫu này cho chúng tôi. **Quý vị có thể gửi thư hoặc fax mẫu này cho chúng tôi.**

Thông Tin Hội Viên:

Tên Hội Viên (viết chữ in): _____

Ngày Sinh Nhật Của Hội Viên: ___/___/_____

Số ID Hội Viên: _____

Tôi cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của mình với người hoặc nhóm có tên dưới đây. Mục đích của sự cho phép này là giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của tôi.

Thông Tin về Người Nhận:

Tên (người/nhóm): _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Số Zip: _____ Điện thoại: () _____ - _____

Coordinated Care có thể chia sẻ Thông Tin Sức Khỏe này: (đánh dấu vào tất cả các ô có áp dụng)

- Tất cả thông tin sức khỏe của tôi; **HOẶC**
- Tất cả thông tin sức khỏe của tôi NGOẠI TRỪ:
- Thông tin thuốc/thuốc theo toa
- Thông tin về bệnh AIDS hoặc HIV
- Thông tin điều trị về nghiện rượu và/hoặc ma túy
- Thông tin về các dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc chăm sóc cho bệnh tâm thần
- Thông tin khác: _____

Giấy cho phép này sẽ chấm dứt 1 năm sau ngày ký tên hoặc cho tới khi quý vị không còn là hội viên của Ambetter from Coordinated Care, trừ khi được huỷ bỏ.

Chữ Ký Hội Viên: _____ Ngày: ___/___/_____
(Hội Viên hoặc Đại Diện Hợp Pháp Ký Tên Ở Đây)

Nếu quý vị ký tên thay cho Hội Viên, xin mô tả mối quan hệ dưới đây. Nếu quý vị là một đại biểu riêng của Hội Viên, xin mô tả dưới đây và gửi cho chúng tôi bản sao của các mẫu này (như quyền đại diện hoặc lệnh giám hộ).

Coordinated Care Attn: Compliance Department
143 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

Fax: 1-877-644-4602 | Dịch Vụ Hội Viên: 1-877-687-1197 (TTY/TDD 877-941-9238)



Rút Lại Sự Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Tôi muốn huỷ bỏ sự cho phép mà tôi đã đưa ra để chia sẻ thông tin sức khoẻ của mình với người hoặc nhóm này:

Thông Tin về Người Nhận:

Tên (người/nhóm): _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Số Zip: _____ Điện thoại: () _____ - _____

Ngày Ký Tên Cho Phép Lúc Đầu (nếu biết): _____ / _____ / _____

Thông Tin Hội Viên:

Tên Hội Viên (viết chữ in): _____

Ngày Sinh Nhật Của Hội Viên: _____ / _____ / _____

Số ID Hội Viên: _____

Tôi biết rằng thông tin sức khoẻ của tôi có thể đã được chia sẻ vì tôi đã cho phép trước đó. Tôi cũng biết rằng sự huỷ bỏ này chỉ áp dụng cho sự cho phép mà tôi đã đưa ra để chia sẻ thông tin sức khoẻ của mình với người hoặc nhóm này: Điều này không huỷ bỏ bất kỳ các mẫu cho phép nào khác mà tôi đã ký tên để thông tin sức khoẻ được chia sẻ với một người hoặc nhóm khác.

Chữ Ký Hội Viên: _____ **Ngày:** ____ / ____ / ____

(Hội Viên hoặc Đại Diện Hợp Pháp Ký Tên Ở Đây)

Nếu quý vị ký tên thay cho Hội Viên, xin mô tả mối quan hệ dưới đây. Nếu quý vị là một đại biểu riêng của Hội Viên, xin mô tả dưới đây và gửi cho chúng tôi bản sao của các mẫu này (như quyền đại diện hoặc lệnh giám hộ).

Chương trình sẽ ngăn chặn việc chia sẻ thông tin sức khoẻ của quý vị khi chúng tôi nhận được mẫu này. Quý vị có thể gửi thư hoặc fax mẫu này cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể gọi Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp tại số 1-877-687-1197 (TTY/TDD 877-941-9238).

Gửi tới:

Coordinated Care, Attn: Compliance Department
1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

Fax: **1-877-644-4602** | Dịch Vụ Hội Viên 1-877-687-1197 (TTY/TDD 877-941-9238)