



有关受保护健康信息的 保密通信的申请书

您可使用此表提出申请, 要求 Blue Shield of California 使用保密邮寄地址、电子邮件地址、或电话号码向您传达受保护健康信息 (“PHI”)。如果您选择不使用此表, 请使用本表背面的邮寄地址、电子邮件地址、或传真号码, 以书面形式将本表要求的所有信息提交给 Blue Shield。

您的申请将仅适用于 Blue Shield of California 及其业务合作伙伴传达的 PHI。如果您的申请无法合理地得到满足, 申请可能遭拒。如果您的申请已获批, 并且您随后更改了地址, 或者您的投保人身份识别号码发生变化, 您必须向 Blue Shield of California 发送书面申请, 重新提交新的保密通讯申请。您可通过向 Blue Shield of California 发送书面申请, 以撤销保密通讯申请, 相关邮寄地址、电子邮件地址、或传真号码见本表背面。

1. 申请 PHI 保密通信的个人:

姓名:

投保人 ID 号码:

电话号码:

出生日期:

电子邮件地址:

2. 本人要求 Blue Shield of California 使用以下方式向本人传达本人的 PHI:

保密邮寄地址:

保密电话号码:

保密电子邮件地址:

3. 个人、未成年人的家长或个人代表的签名:

签名

日期

正楷姓名:

法定代表人或监护人

如果本表由个人或未成年人的家长以外的其他人签署, 如个人/法定代表人或监护人, 您还必须提交相关文件, 证明您具有代表该个人就其医疗保健/PHI 行事的合法授权。该等文件可能包括:

1. HIPAA 授权书;
2. 医疗保健授权委托书;
3. 监护权文书; 或
4. 其他可证明您具有代表该个人行事的合法授权的有效文件。

代表人的姓名 (正楷书写):

与会员的关系:

提交的文件类型:

代表人签名:

您可通过以下任意选项将已填妥并签字的表格交回给我们:

邮寄: Blue Shield of California Privacy Office, PO Box 272540, Chico CA, 95927-2540

电子邮件: privacy@blueshieldca.com

传真: 1-800-201-9020

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. 本公司遵守适用的州法律和联邦民权法律, 并且不会以种族、肤色、原国籍、族群认同、医疗状况、遗传资讯、血统、宗教、性别、婚姻状况、性别认同、性取向、年龄、精神残疾或身体残疾而进行歧视、排斥或区别对待他人。