सुरक्षित स्वास्थ्य सूचना के गोपनीय संचार के लिए अनुरोध

आप इस प्रपत्र का उपयोग यह अनुरोध करने के लिए कर सकते हैं कि Blue Shield of California आपकी सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी ("PHI") को एक गोपनीय डाक पते, ईमेल अड्रेस या टेलीफोन नंबर पर बताए। यदि आप इस प्रपत्र का उपयोग नहीं करना चुनते हैं, तो कृपया इस प्रपत्र में मांगी गई सभी जानकारी लिखित रूप में Blue Shield को डाक पते, ईमेल पते, या प्रपत्र के नीचे फ़ैक्स नंबर पर जमा करें।

आपका अनुरोध केवल Blue Shield of California और उसके व्यावसायिक सहयोगियों द्वारा सूचित PHI पर लागू होगा। यदि आपके अनुरोध को उचित रूप से स्थान नहीं दिया जा सकता है तो आपके अनुरोध को अस्वीकार किया जा सकता है। यदि आपका अनुरोध स्वीकार कर लिया जाता है और आप बाद में अपना पता बदल लेते हैं, या यदि आपकी सदस्यता पहचान संख्या बदल जाती है, तो आपको Blue Shield of California को एक लिखित अनुरोध भेजकर गोपनीय संचार के लिए एक नया अनुरोध फिर से जमा करना होगा। आप Blue Shield of California को डाक पते, ईमेल अड्रेस, या प्रपत्र के नीचे वाले फ़ैक्स नंबर पर एक लिखित अनुरोध भेजकर गोपनीय संचार के लिए अपना अनुरोध रद्द कर सकते हैं।

1. PHI का गोपनीय संचार का अनुरोध करने वाला व्यक्ति:

नाम:

सदस्यता ID संख्या:

फोन संख्या:

जन्मतिथि:

ईमेल अड्रेस:

2. मेरा अनुरोध है कि Blue Shield of California मुझे मेरी PHI के बारे में निम्न के माध्यम से बताए:

☐ गोपनीय डाक पता:

☐ गोपनीय फोन संख्या:

☐ गोपनीय ईमेल अड्रेस:

3. व्यक्ति, नाबालिग बच्चे के माता-पिता या व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर **दिनांक**

मुद्रित नाम:

कानूनी प्रतिनिधि या अभिभावक

यदि इस प्रपत्र पर व्यक्ति या नाबालिग के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, जैसे कि व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि या अभिभावक, तो आपको व्यक्ति की ओर से उनकी स्वास्थ्य देखभाल/PHI के संबंध में कार्य करने के लिए अपने कानूनी अधिकार को स्थापित करने वाले दस्तावेज भी जमा करने होंगे। इस तरह के दस्तावेज में शामिल हो सकते हैं:

1. HIPAA प्राधिकृति;
2. स्वास्थ्य देखभाल पावर ऑफ अटॉर्नी;
3. प्रतिपालकत्व के कागज; या
4. अन्य वैध दस्तावेज जो व्यक्ति की ओर से कार्य करने के लिए आपके कानूनी अधिकार को स्थापित करते हैं।

प्रतिनिधि का नाम (प्रिंट):

सदस्य से संबंध:

प्रस्तुत किए गए दस्तावेज का प्रकार:

प्रतिनिधि के हस्ताक्षर:

आप इस भरे हुए और हस्ताक्षरित प्रपत्र को इनमें से किसी एक विकल्प के माध्यम से वापस कर सकते हैं:

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

ईमेल: privacy@blueshieldca.com

फ़ैक्स: 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。कंपनी लागू राज्य कानूनों और संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करती है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वंश, धर्म, सेक्स, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लैंगिक पहचान, यौन अभिविन्यास, आयु, मानसिक अक्षमता, या शारीरिक अक्षमता के आधार पर लोगों के साथ भेदभाव, बहिष्कार या उनके साथ अलग व्यवहार नहीं करती है।