



# Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության գաղտնի փոխանցման հարցում

Դուք կարող եք օգտագործել այս ձևաթուղթ, որպեսզի Blue Shield of California-ին խնդրեք Ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները (protected health information, PHI) փոխանցել գաղտնի փոստային հասցեին, էլ.հասցեին կամ հեռախոսահամարին: Եթե նախընտրում եք չօգտագործել այս ձևաթուղթը, խնդրում ենք այս ձևաթղթում պահանջվող բոլոր տեղեկությունները գրավոր կերպով ուղարկել Blue Shield-ին՝ ձևաթղթի ներքևում նշված փոստային հասցեով, էլ.հասցեով կամ ֆաքսի համարով:

Ձեր հարցումը կվերաբերի միայն Blue Shield of California-ի և նրա գործընկերների միջև փոխանցված PHI-ին: Ձեր հարցումը կարող է մերժվել, եթե չկարողանաք այն ողջամիտ կերպով հիմնավորել: Եթե Ձեր հարցումը բավարարվի, և Դուք հետագայում փոխեք Ձեր հասցեն, կամ եթե Ձեր բաժանորդի նույնականացման համարը փոխվի, ապա Դուք պետք է կրկին նոր հայտ ներկայացնեք գաղտնի հաղորդակցության համար գրավոր հարցում ուղարկելով Blue Shield of California-ին: Դուք կարող եք չեղարկել գաղտնի հաղորդակցության Ձեր հարցումը գրավոր հարցում ուղարկելով Blue Shield of California-ին՝ ձևաթղթի ներքևում նշված փոստային հասցեով, էլ.հասցեով կամ ֆաքսի համարով:

## 1. PHI-ի գաղտնի փոխանցում պահանջող անհատ.

Անուն՝ \_\_\_\_\_

Բաժանորդի նույնականացման համարը՝ \_\_\_\_\_

Հեռախոսահամարը՝ \_\_\_\_\_

Ծննդյան ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

Էլ. փոստի հասցե՝ \_\_\_\_\_

## 2. Խնդրում եմ, որ Blue Shield of California-ն իմ PHI-ը ինձ փոխանցի հետևյալի ճանապարհով.

Գաղտնի փոստային հասցե՝ \_\_\_\_\_

Գաղտնի հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Գաղտնի էլ. հասցե՝ \_\_\_\_\_

## 3. Անհատի, անչափահաս երեխայի ծնողի կամ անձնական ներկայացուցչի ստորագրությունը.

Ստորագրություն	Ամսաթիվ
Տպագիր անունը՝	

---

## Իրավական ներկայացուցիչներ կամ խնամակալներ

Եթե այս ձևաթուղթը ստորագրել է անհատից կամ անչափահասի ծնողներից բացի այլ անձ, օրինակ՝ անձնական/օրինական ներկայացուցիչը կամ խնամակալը, ապա Դուք պետք է նաև ներկայացնեք փաստաթղթեր, որոնք հաստատում են Ձեր օրինական իրավասությունը՝ գործելու անհատի անունից՝ նրա առողջապահական խնամքի /PHI-ի առնչությամբ: Նման փաստաթղթերը կարող են ներառել.

1. HIPAA լիազորություն,
2. Առողջապահական լիազորագիր,
3. Խնամակալության փաստաթղթեր կամ
4. Այլ վավեր իրավական փաստաթղթեր, որոնք ցույց են տալիս անհատի անունից գործելու Ձեր իրավասությունը:

---

Ներկայացուցչի անունը (տպատառ)

---

Կապը անդամի հետ

---

Ներկայացված փաստաթղթերի տեսակը

---

Ներկայացուցչի ստորագրությունը

---

Դուք կարող եք հետ ուղարկել այս լրացված և ստորագրված ձևաթուղթը հետևյալ տարբերակներից մեկի միջոցով.

Փոստ՝ Blue Shield of California, Privacy Office P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

Էլ. փոստ՝ [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

Ֆաքս՝ (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。