

فرم درخواست ارتباط محرمانه برای اطلاعات درمانی محافظت شده

شما می‌توانید با استفاده از این فرم از Blue Shield of California درخواست کنید که اطلاعات درمانی محافظت شده شما («PHI») را محرمانه به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن، ارسال کند. اگر انتخاب شما این است که از این فرم استفاده نکنید، لطفاً تمام اطلاعات درخواست شده در این فرم را به صورت کتبی به Blue Shield در آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره فکس در پایین این فرم ارسال کنید.

درخواست شما فقط برای PHI در ارتباطات Blue Shield of California و همکاران تجاری آن اعمال خواهد شد. اگر با دلایل معقول نتوان با این درخواست موافقت کرد، درخواست شما ممکن است رد شود. اگر درخواست شما پذیرفته شد و بعداً آدرس خود را تغییر دادید، یا اگر شماره شناسایی مشترک شما تغییر کرد، باید با ارسال یک درخواست کتبی به Blue Shield of California، درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارسال کنید. شما می‌توانید درخواست خود را برای ارتباطات محرمانه با ارسال یک درخواست کتبی برای Blue Shield of California به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره فکس در پایین فرم، لغو کنید.

1. شخص درخواست کننده ارتباط محرمانه PHI:

نام:

شماره اشتراک:

شماره تلفن:

تاریخ تولد:

آدرس ایمیل:

2. من از Blue Shield of California درخواست می‌کنم PHI من را از طریق موارد زیر به من اطلاع دهد:

آدرس پستی محرمانه:

شماره تلفن‌های محرمانه:

آدرس ایمیل محرمانه:

3. امضای فرد، والدین فرزند صغیر یا نماینده شخصی:

امضاء

تاریخ

نام با حروف خوانا:

نمایندگان یا قیم قانونی

اگر این فرم توسط شخصی به غیر از خود شخص یا اولیای شخص صغیر از قبیل نماینده شخصی/قانونی یا قیم امضاء شود، باید مدرکی را که صلاحیت قانونی شما را برای اقدام از طرف فرد در رابطه با مراقبت‌های درمانی/PHI آنها تایید می‌کند، نیز تسلیم نمایید. چنین سندی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

1. مجوز HIPAA:
2. وکالت مراقبت درمانی:
3. اوراق سرپرستی؛ یا
4. سایر مدارک معتبری که صلاحیت قانونی شما را برای اقدام به نمایندگی از طرف شخص تایید کند.

نام نماینده (با حروف خوانا):

نسبت عضو:

نوع مدرک تسلیم شده:

امضای نماینده

شما می‌توانید فرم تکمیل شده و امضا شده را با استفاده از یکی از این گزینه‌ها بازگردانید:

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

ایمیل: privacy@blueshieldca.com

فکس: (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。