

## संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के गोपनीय संचार के लिए अनुरोध

इस फॉर्म का उपयोग यह अनुरोध करने के लिए किया जा सकता है कि Blue Shield of California आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी ("PHI") को एक गोपनीय डाक पता, ईमेल एड्रेस या टेलीफोन नंबर पर भेजे। यदि इस फॉर्म का उपयोग नहीं करना चुना जाता है तो कृपया इस फॉर्म में मांगी गई सारी जानकारी फॉर्म के नीचे दिए गए डाक पता, ईमेल एड्रेस या फैक्स नंबर पर Blue Shield को लिखित रूप में जमा करें।

आपका अनुरोध Blue Shield of California और उसके व्यावसायिक सहयोगियों द्वारा संचारित PHI पर लागू होगा। यदि आपका अनुरोध उचित रूप से पूरा नहीं किया जा सका तो उसे अस्वीकार किया जा सकता है। यदि आपका अनुरोध स्वीकार कर लिया जाता है और आप बाद में आपका पता बदलता है, या यदि आपकी ग्राहक पहचान संख्या बदल जाती है, तो आपको Blue Shield of California को एक लिखित अनुरोध भेजकर गोपनीय संचार के लिए एक नया अनुरोध दोबारा जमा करना होगा। फॉर्म के नीचे दिए डाक पता, ईमेल एड्रेस, या फैक्स नंबर पर Blue Shield of California को एक लिखित अनुरोध भेजकर गोपनीय संचार के लिए अपना अनुरोध रद्द किया जा सकता है।

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

नाम:

ग्राहक आईडी नंबर:

फोन नंबर:

जन्म की तारीख:

ईमेल एड्रेस:

### 2. मैं अनुरोध करता/ती हूँ कि Blue Shield of California निम्नलिखित के माध्यम से मुझे मेरी PHI भेजे:

गोपनीय डाक पता:

गोपनीय फोन नंबर:

गोपनीय ईमेल एड्रेस:

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

हस्ताक्षर

तारीख

स्पष्ट अक्षरों में नाम:

---

## कानूनी प्रतिनिधि या अभिभावक

यदि इस फॉर्म पर व्यक्ति या नाबालिग के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति, जैसे व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि या अभिभावक द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, तो आपको उस व्यक्ति की स्वास्थ्य देखभाल/PHI के संबंध में उनकी ओर से कार्यवाही करने के लिए अपना कानूनी अधिकार स्थापित करने वाला दस्तावेज भी जमा करना होगा। ऐसे दस्तावेज में निम्न चीजें शामिल हो सकती हैं:

1. HIPAA प्राधिकरण;
2. हेल्थकेयर पावर ऑफ अटॉर्नी;
3. संरक्षण से जुड़े कागजात; या
4. व्यक्ति की ओर से कार्यवाही करने के लिए आपके कानूनी अधिकार को स्थापित करने वाले अन्य मान्य दस्तावेज ।

---

प्रतिनिधि का नाम (प्रिंट):

---

सदस्य से संबंध:

---

भेजे गए दस्तावेज का प्रकार:

---

प्रतिनिधि के हस्ताक्षर:

---

इस पूरे भरे हुए और हस्ताक्षर किए हुए फॉर्म को इनमें से किसी एक विकल्प के माध्यम से भेजा जा सकता है:

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

ईमेल: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

फैक्स: (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。