

## ЗАПРОС НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНУЮ ПЕРЕДАЧУ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Вы можете использовать эту форму, чтобы попросить Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) передать вашу Защищенную медицинскую информацию («PHI») на конфиденциальный почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона. Если вы решите не использовать эту форму, отправьте всю информацию, запрошенную в этой форме, в письменном виде в Blue Shield Promise по почтовому адресу, адресу электронной почты или номеру факса, указанным в нижней части формы.

Ваш запрос будет применяться только к PHI, предоставленной Blue Shield Promise и ее деловыми партнерами. Ваш запрос может быть отклонен, если он не может быть разумно удовлетворен. Если ваш запрос будет удовлетворен, а позже вы измените свой адрес или если изменится ваш идентификационный номер подписчика, вы должны повторно подать новый запрос на конфиденциальную передачу, отправив письменный запрос в Blue Shield Promise. Вы можете отозвать свой запрос на конфиденциальную передачу, отправив письменный запрос в Blue Shield Promise по почтовому адресу, адресу электронной почты или номеру факса, указанным в нижней части формы.

### 1. Лицо, запрашивающее конфиденциальную передачу PHI:

Имя:

Идентификационный номер подписчика:

Номер телефона:

Дата рождения:

Адрес электронной почты:

### 2. Я прошу Blue Shield Promise передать мне мою PHI следующим способом:

Конфиденциальный почтовый адрес:

Конфиденциальный номер телефона:

Конфиденциальный адрес электронной почты:

### 3. Подпись физического лица, родителя несовершеннолетнего ребенка или личного представителя:

Подпись

Дата

Имя печатными буквами:

---

## Законные представители или опекуны

Если эта форма подписана кем-либо, кроме физического лица или родителя несовершеннолетнего, например, личным/законным представителем или опекуном, вы также должны предоставить документацию, подтверждающую ваши законные полномочия действовать от имени физического лица в отношении его медицинского обслуживания/PHI. Такая документация может включать:

1. Разрешение HIPAA;
2. Доверенность на медицинское обслуживание;
3. Документы об опеке; или же
4. Другую действующую документацию, подтверждающую ваши законные полномочия действовать от имени физического лица.

---

Имя представителя (печатными буквами):

---

Отношение к члену:

---

Тип представляемой документации:

---

Подпись представителя:

---

Вы можете вернуть эту заполненную и подписанную форму одним из следующих способов:

Почта: Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office, PO Box 272540,  
Chico CA, 95927-2540

**Электронная почта: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)**

Факс: 1-800-201-9020

---

План Blue Shield of California Promise Health Plan соблюдает применимые законы штата и федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации, исключения людей или обращения с ними по-разному на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, принадлежности к этнической группе, состояния здоровья, генетической информации, происхождения, религии, пола, семейного положения, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста, умственной отсталости или физической инвалидности.

Вы можете получить этот документ бесплатно в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля и/или аудио. Звоните по номеру (855) 905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00, без выходных. Звонок бесплатный.

Blue Shield of California Promise Health Plan заключила контракт с L.A. Care Health Plan на предоставление услуг управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal в округе Los Angeles.