

ស្នើសុំការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយសម្ងាត់ ចំពោះព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ

អ្នកអាចប្រើទម្រង់ពាក្យនេះដើម្បីស្នើសុំឱ្យ Blue Shield of California Promise Health Plan (Blue Shield Promise) ធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងនូវព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ ("PHI") របស់អ្នកទៅកាន់អាសយដ្ឋានសំបុត្រ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល និងលេខទូរសព្ទសម្ងាត់មួយប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើទម្រង់ពាក្យនេះទេ សូមបញ្ជូនព័ត៌មានទាំងអស់តាមការស្នើសុំក្នុងទម្រង់ពាក្យនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកកាន់ Blue Shield Promise តាមអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល និងលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមបំផុតនៃទម្រង់ពាក្យនេះ។

សំណើរបស់អ្នកនឹងអនុវត្តចំពោះតែ PHI ដែលត្រូវបានប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយ Blue Shield Promise និងសហការីអាជីវកម្មរបស់គម្រោងប៉ុណ្ណោះ។ សំណើរបស់អ្នកអាចនឹងត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើគម្រោងមិនអាចទទួលយកបានដោយសមហេតុផលទេនោះ។ ប្រសិនបើគម្រោងផ្តល់ជូនតាមសំណើរបស់អ្នក ហើយក្រោយមកអ្នកផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើលេខសម្គាល់អ្នកជាកម្រោងរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ អ្នកត្រូវតែបញ្ជូនសំណើថ្មីមួយសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងប្រកបដោយការសម្ងាត់ ដោយការផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ Blue Shield Promise។ អ្នកអាចលុបចោលសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយសម្ងាត់ដោយការផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ Blue Shield Promise តាមអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមបំផុតនៃទម្រង់ពាក្យនេះ។

1. បុគ្គលដែលស្នើសុំការប្រាស្រ័យទាក់ទង PHI ដោយសម្ងាត់:

ឈ្មោះ: _____

លេខសម្គាល់អ្នកជារ: _____

លេខទូរសព្ទ: _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល: _____

2. ខ្ញុំស្នើសុំឱ្យ Blue Shield Promise ប្រាស្រ័យទាក់ទង PHI របស់ខ្ញុំមកខ្ញុំ តាមរយៈវិធីដូចខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្ងាត់: _____

លេខទូរសព្ទសម្ងាត់: _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលសម្ងាត់: _____

3. ហត្ថលេខារបស់បុគ្គល ឪពុកម្តាយរបស់អនីតិជន ឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន:

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរធំ:	

តំណាងស្របច្បាប់ ឬអាណាព្យាបាល

ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់ពាក្យនេះផ្សេងពីបុគ្គល ឬឪពុកម្តាយរបស់អនិគិជន ដូចជាអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន/ស្របច្បាប់ ឬអាណាព្យាបាល នោះអ្នកត្រូវតែធ្វើឯកសារដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិ តំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកក្នុងការធ្វើសកម្មភាពតំណាងឱ្យបុគ្គលទាក់ទងទៅនឹងការថែទាំសុខភាព/ PHI របស់គេផងដែរ។ ឯកសារបែបនេះអាចរួមបញ្ចូល៖

1. ការអនុញ្ញាត HIPAA
2. សិទ្ធិតំណាងផ្លូវច្បាប់នៃការថែទាំសុខភាព
3. ឯកសារបញ្ជាក់ភាពជាអាណាព្យាបាល ឬ
4. ឯកសារដែលមានសុពលភាពផ្សេងទៀត ដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នកក្នុងការ ធ្វើសកម្មភាពតំណាងឱ្យ បុគ្គលនោះ។

ឈ្មោះអ្នកតំណាង (សរសេរជាអក្សរធំ)៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក៖

ប្រភេទឯកសារដែលបានដាក់ជូន៖

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាង៖

អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ពាក្យដែលបានបំពេញនិងចុះហត្ថលេខាហើយមកវិញតាមរយៈជម្រើសមួយ ក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ៖

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

អ៊ីមែល៖ privacy@blueshieldca.com

ទូរស័ព្ទ៖ 1-800-201-9020

គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan អនុវត្តតាមច្បាប់របស់រដ្ឋដែលមាន ជាធរមាន និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ ហើយមិនធ្វើការរើសអើង មិនផ្តល់សេវា ឬ ក៏ប្រព្រឹត្តចំពោះ សមាជិកណាមួយខុសពីអ្នកដទៃ ដោយសារតែមូលហេតុសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្វេន បុព្វការីជន សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬ ពិការភាពរាងកាយនោះទេ។

លោកអ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្នាម សម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬ ជាសំឡេង។ ទូរសព្ទមកលេខ (855) 905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Blue Shield of California Promise Health Plan ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ L.A. Care Health Plan ដើម្បី ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal នៅក្នុងខោនធី Los Angeles។