

A. किसी अन्य व्यक्ति या संगठन को अपने स्वास्थ्य का प्रयोग और खुलासा करने के लिए Blue Shield of California Promise Health Plan को अनुमति देने के लिए इस प्रपत्र का उपयोग करें।

1. व्यक्ति जिसकी जानकारी का खुलासा करना है ("सदस्य")।

सदस्य का नाम और पता:

सब्सक्राइबर आईडी नंबर:

जन्म तारीख:

2. सदस्य की जानकारी प्राप्त करने की अनुमति किससे है ("प्राप्तकर्ता")?

प्राप्तकर्ता का नाम और पता:

सदस्य के साथ प्राप्तकर्ता का रिश्ता:

3. प्राप्तकर्ता को किस जानकारी का खुलासा कर सकते हैं? (जांच करें)

- कोई या सभी प्रकार की जानकारी जो Blue Shield of California Promise Health Plan बनाए रखता है। इसमें सदस्य की चिकित्सा देखभाल, नदिान, प्रदाता, बीमों या लाभ के दावे/भुगतान की जानकारी और/या वित्तीय/बलिगि की जानकारी शामिल हो सकती है। इसमें तब तक संवेदनशील जानकारी शामिल नहीं होती है जब तक विशेष रूप से नीचे मंजूरी ना दी जाये।
- Blue Shield of California Promise Health Plan केवल नमिन जानकारी, या सूचना के प्रकार बनाये रखती है (उल्लिखित):

4. क्या प्राप्तकर्ता को संवेदनशील जानकारी प्राप्त करने की अनुमति है?

- नहीं - सैक्शन 5 के लिए आगे बढ़ें
- हाँ - नीचे या तो (a) या (b) को पूरा करें - आप दोनों का चयन नहीं कर सकते हैं। मैं विशेष रूप से प्राप्तकर्ता को जानकारी लेने की अनुमति देता हूँ:

a.  मनोचकित्सा नोटस - अगर आप इस बॉक्स की जांच करते हैं, आप नीचे सैक्शन b. में अन्य बॉक्स में से किसी की जांच नहीं कर सकते हैं। मनोचकित्सा नोटों का नविवरण करने के लिए एक अनुमतकिसी भी अन्य प्रकार की सूचना के खुलासे की एक अनुमतकिसी साथ नहीं जोड़ी जा सकती है। सैक्शन 5 के लिए आगे बढ़ें।

b.  केवल इस सैक्शन को ही पूरा करें अगर आपने ऊपर बॉक्स 4(a) की जांच नहीं की, और अगर आप निम्नलिखित प्रकार की किसी भी संवेदनशील जानकारी की अनुमतिका खुलासा करना चाहते हैं (लागू की गई सभी चीजों की जांच करें):

<input type="checkbox"/> गर्भपात	<input type="checkbox"/> शराब/मादक द्रव्यों का सेवन	<input type="checkbox"/> जनन जानकारी
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS (एच आई वी/एडस)	<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य	<input type="checkbox"/> गर्भावस्था
<input type="checkbox"/> यौनिक, शारीरिक या मानसिक शोषण	<input type="checkbox"/> यौन संक्रमित बीमारी	

माता-पति/12 साल की उम्र वाले या ज्यादा उम्र वाले नाबालगों के कानूनी संरक्षक के लिए नोट: आप नाबालगि की खुद की लिखित अनुमतके बिना नाबालगि के बारे में कुछ खास प्रकार की संवेदनशील जानकारी का उपयोग या खुलासा प्राप्त या अधिकृत करने के लिए असमर्थ हो सकते हैं। इसमें उपरोक्त लिखी गई संवेदनशील जानकारी के प्रकार शामिल हो सकते हैं साथ ही साथ संक्रामक रोगों के बारे में जानकारी, बलात्कार/यौन उत्पीड़न, और खास आउट पेशेंट के मानसिक स्वास्थ्य परामर्श/उपचार शामिल हो सकते हैं। अगर नाबालगि की उम्र 17 साल या ज्यादा है, घरेलू हिंसा से संबंधित जानकारी के खुलासे और रक्त दान के लिए भी नाबालगि की अनुमतकी आवश्यकता है।

## 5. अनुरोध किये गए उपयोग या सूचना के खुलासे का उद्देश्य क्या है?

- सूचना मेरे बारे में है और इसका उपयोग या खुलासा मेरे अनुरोध पर किया जाना है
- एक दावे का विवाद या अपील हल करना
- अन्य (उल्लिखित करें):

## B. समय सीमा की समाप्ति और खण्डन

यह अनुमति आपके हस्ताक्षर करने की तारीख से एक साल के लिए प्रभाव में रहेगी (नमिन) जब तक एक अलग तारीख यहाँ उल्लिखित नहीं की जाती है:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

आपको इस अनुमति को Blue Shield of California Promise Health Plan लिखित में अधिसूचित करके किसी भी समय रद्द करने का अधिकार है। इस अनुमति को वापस लेने से वह जानकारी प्रभावित नहीं होगी जिसका हमने आपके खण्डन करने के अनुरोध से पहले उपयोग या खुलासा किया। अगर यह अनुमति माता पति या एक कानूनी अभिभावक द्वारा या एक नाबालग की ओर से दी गई है, यह नाबालग के अठारहवें जन्मदिन पर समाप्त हो जाएगा।

## C. हस्ताक्षर

मैंने इस फार्म को पढ़ा है और मैं समझता/समझती हूँ और आपकी शर्तों से सहमत हूँ। मैं Blue Shield of California Promise Health Plan को ऊपर दिए निर्देश अनुसार उल्लेख किये प्राप्तकर्ता को जानकारी का उपयोग करने के लिए या जानकारी का खुलासा करने के लिए निर्देश देता हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि एक बार मेरी जानकारी का खुलासा किया जाये, तो इसका फरि से प्राप्तकर्ता द्वारा खुलासा किया जा सकता है और इसे गोपनीयता कानून द्वारा, Health Insurance Portability and Accountability Act (संघीय स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम) 1996 की सहित संरक्षित नहीं किया जा सकता। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं इस अनुमति पर हस्ताक्षर करता/करती हूँ, Blue Shield of California Promise Health Plan कंडीशन भुगतान नहीं कर सकता, एक स्वास्थ्य योजना में नामांकन या लाभ के लिए योग्य नहीं है।

हस्ताक्षर

तारीख

प्रिंट नाम

## D. व्यक्तिगत या कानूनी प्रतिनिधिया संरक्षक

अगर इस फार्म पर सदस्य या नाबालक के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए जाते हैं, जैसे एक व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि, संरक्षक, या प्रबंध, आपको सदस्य (या सदस्य की अवस्था) की ओर से कार्य करने के लिए अनुमति दिखाने हुए कानूनी दस्तावेज प्रस्तुत करना होगा ताकि उपयोग करने की अनुमति या सदस्य की स्वास्थ्य की जानकारी का खुलासा किया जाये। इस तरह के दस्तावेज यह शामिल कर सकते हैं, उदाहरण के लिए: 1) पावर ऑफ अटार्नी की टिकाऊ स्वास्थ्य देखभाल; 2) वर्तमान, अदालत द्वारा दिए गए आदेश की संरक्षकता के वैध दस्तावेज; या 3) सदस्य (या सदस्य की अवस्था) की ओर से कार्य करने के लिए आपके अधिकारों को दिखाने हुए अन्य वैध कानूनी दस्तावेज।

**कृपया निम्नलिखित को भी पूरा करें:**

प्रतिनिधिका नाम (प्रिंट):

सदस्य के साथ रिश्ता:

प्रस्तुत किये दस्तावेज के प्रकार:

**अपने रिकॉर्ड के लिए इस अनुमतिकी एक कापी रखें।**

सम्पूर्ण और हस्ताक्षर किए अनुमतिके फार्म लौटा दें:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。