

## स्वास्थ्य संबंधी जानकारी जारी करने के लिए प्राधिकरण

Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, और उनके व्यावसायिक सहयोगियों (सामूहिक रूप से "Blue Shield") को अधिकृत करने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करें ताकि वे आपके स्वास्थ्य की जानकारी किसी अन्य व्यक्ति या संगठन को जारी कर पाएँ।

### 1. सदस्य की जानकारी

सदस्य का नाम:

सदस्य का पता:

सब्सक्राइबर आईडी नंबर:

जन्म तिथि:

### 2. कौन जानकारी प्राप्त कर सकता है?

प्राप्तकर्ता का नाम:

प्राप्तकर्ता का पता:

सदस्य के साथ प्राप्तकर्ता का संबंध:

### 3. इस फॉर्म को भरने का उद्देश्य क्या है? (एक पर निशान लगाएं)

- नया प्राधिकरण (संख्या 4 पर आगे बढ़ें)  
 किसी मौजूदा प्राधिकरण को रद्द करें (संख्या 7 पर जाएं)

### 4. जानकारी प्रकट करने का उद्देश्य क्या है? (एक पर निशान लगाएं)

- मेरे अनुरोध पर – कोई विशेष उद्देश्य नहीं  
 विशेष उद्देश्य: \_\_\_\_\_

### 5. प्राप्तकर्ता के साथ कौन सी जानकारी साझा की जा सकती है? (उन सभी पर निशान लगाएं जो लागू होते हैं)

- लाभ की व्याख्या  
 दावा जानकारी  
 प्रीमियम बिलिंग जानकारी  
 केस प्रबंधन  
 कोई या सारी जानकारी जो Blue Shield के पास है। इसमें आपकी चिकित्सा देखभाल, निदान, प्रदाताओं, बीमा या लाभ दावों/भुगतानों, और/या वित्तीय/बिलिंग जानकारी से संबंधित जानकारी शामिल हो सकती है। इसमें संवेदनशील जानकारी शामिल नहीं है जब तक कि नीचे विशेष रूप से मंजूरी न दी गई हो।  
 अन्य (उल्लिखित करें): \_\_\_\_\_

6. क्या प्राप्तकर्ता संवेदनशील जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत है? (एक पर निशान लगाएं)

नहीं

हां (लागू होने वाले सभी पर निशान लगाएं)

संक्रामक और इन्फेक्शन वाले रोग

लिंग पुष्टि देखभाल

आनुवंशिक जानकारी

HIV/AIDS

मानसिक या व्यवहारिक स्वास्थ्य

यौन और प्रजनन स्वास्थ्य

अंतरंग साथी के साथ हिंसा सहित यौन, शारीरिक या मानसिक शोषण

यौन रूप से संक्रामित संक्रमण

पदार्थ उपयोग विकार (शराब / ड्रग्स)

7. समय सीमा की समाप्ति और खण्डन

मैं चाहता/ती हूँ कि यह प्राधिकरण \_\_\_\_\_ को समाप्त हो (उदाहरण के लिए: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)।

अगर कोई तिथि नहीं चुनी है, तो प्राधिकरण नीचे हस्ताक्षर की तिथि से एक साल में समाप्त हो जाएगा। आपके पास किसी भी समय Blue Shield को लिखित में सूचित करके इस प्राधिकरण को रद्द करने का अधिकार है। इस प्राधिकरण को रद्द करने से आपके निरसन अनुरोध को प्राप्त करने से पहले हमारे द्वारा उपयोग या प्रकट की गई जानकारी पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। अगर यह प्राधिकरण माता-पिता या एक कानूनी अभिभावक द्वारा या एक नाबालिग की ओर से दिया गया है, यह नाबालिग के अठारहवें जन्मदिन पर समाप्त हो जाएगा।

8. सदस्य या कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

मैंने इस फार्म को पढ़ा है और मैं समझता/समझती हूँ और आपकी शर्तों से सहमत हूँ। मैं Blue Shield of California को ऊपर दिए निर्देश अनुसार उल्लेख किये प्राप्तकर्ता को जानकारी का उपयोग करने के लिए या जानकारी का खुलासा करने के लिए निर्देश देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि एक बार मेरी जानकारी का प्रकट किया जाये, तो इसे फिर से प्राप्तकर्ता द्वारा प्रकट किया जा सकता है और इसे गोपनीयता कानूनों, Health Insurance Portability and Accountability Act (संघीय स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम) 1996 सहित, द्वारा संरक्षित नहीं किया जा सकता। मैं समझता/समझती हूँ कि Blue Shield भुगतान, स्वास्थ्य योजना में नामांकन, या इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने पर लाभों के लिए पात्रता की शर्त नहीं रख सकता है।

**आपकी सुरक्षा के लिए, कैलिफ़ोर्निया कानून के अनुसार इस फ़ॉर्म पर निम्नलिखित प्रदर्शित होना आवश्यक है:** कोई भी व्यक्ति जो बीमा कवरेज प्राप्त करने या उसमें संशोधन करने या किसी नुकसान के भुगतान के लिए दावा करने के लिए जानबूझकर गलत या धोखाधड़ी वाली जानकारी प्रस्तुत करता है, वह अपराध का दोषी है और राज्य जेल में जुर्माना और कारावास के अधीन हो सकता है।

हस्ताक्षर

तारीख

बड़े अक्षरों में नाम

अगर किसी कानूनी प्रतिनिधि ने इस फॉर्म पर हस्ताक्षर किए हैं, तो कृपया प्रतिनिधि का नाम और सदस्य से संबंध प्रदान करें (माता-पिता, अदालत द्वारा आदेशित संरक्षकता, स्वास्थ्य देखभाल के लिए पावर आफ अटॉर्नी, आदि):

यदि इस फॉर्म पर सदस्य या नाबालिग के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, जैसे कि कोई व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक, या निष्पादक, **आपको कानूनी दस्तावेज भी जमा करने होंगे** जिसमें सदस्य की स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग या प्रकटीकरण को अधिकृत करने के लिए सदस्य (या सदस्य की संपत्ति) की ओर से कार्य करना का आपका प्राधिकरण दिखाया गया हो। इस तरह के दस्तावेज शामिल हो सकते हैं, उदाहरण के लिए:

1. स्वास्थ्य देखभाल के लिए पावर आफ अटॉर्नी
2. न्यायालय द्वारा आदेशित संरक्षकता का वर्तमान, वैध दस्तावेज़ीकरण; या
3. सदस्य (या सदस्य की संपत्ति) की ओर से कार्य करने का आपका अधिकार दिखाने वाले अन्य वैध कानूनी दस्तावेज़

---

## अपने रिकॉर्ड के लिए प्राधिकरण प्रपत्र की एक प्रति अपने पास रखें।

पूर्ण और हस्ताक्षरित प्राधिकरण फॉर्म को यहां लौटाएं:

Blue Shield of California Customer Service  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

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。

कंपनी लागू राज्य कानूनों और संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करती है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वंश, धर्म, सेक्स, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान, यौन रुझान, आयु, मानसिक विकलांगता, या शारीरिक विकलांगता के आधार पर लोगों के साथ भेदभाव नहीं करती है, उन्हें बाहर नहीं करती है, या उनके साथ अलग व्यवहार नहीं करती है।