



# ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព

សូមប្រើទម្រង់ពាក្យសុំនេះដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ Blue Shield of California និង Blue Shield of California Life & Health Insurance Company និងសហការីអាជីវកម្មរបស់ពួកគេ (ហៅជាទូទៅថា "Blue Shield") បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកទៅបុគ្គល ឬស្ថាប័នផ្សេងៗ។

## 1. ព័ត៌មានរបស់សមាជិក

ឈ្មោះសមាជិក៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានសមាជិក៖ \_\_\_\_\_

លេខ ID អ្នកជាវ៖ \_\_\_\_\_

ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត៖ \_\_\_\_\_

## 2. តើអ្នកណាអាចនឹងទទួលបានព័ត៌មាន?

ឈ្មោះរបស់អ្នកទទួល៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកទទួល៖ \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទទួល ជាមួយសមាជិក៖ \_\_\_\_\_

## 3. តើអ្វីជាគោលបំណងនៃការបញ្ចេញទម្រង់បែបបទនេះ? (គូសជីកយកមួយ)

- ការអនុញ្ញាតថ្មី (បន្តទៅលេខ 4)
- ដកហូតការអនុញ្ញាតដែលមានស្រាប់ (រំលងទៅលេខ 7)

## 4. តើអ្វីជាគោលបំណងនៃការបញ្ចេញព័ត៌មាន? (គូសជីកយកមួយ)

- តាមសំណើរបស់ខ្ញុំ - មិនមានគោលបំណងជាក់លាក់ទេ
- គោលបំណងជាក់លាក់៖ \_\_\_\_\_

## 5. តើអាចចែករំលែកព័ត៌មានអ្វីខ្លះជាមួយអ្នកទទួល? (គូសជីកចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់)

- ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍
- ព័ត៌មានទាមទារសំណង
- ព័ត៌មានអំពីការចេញវិក្កយបត្រថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង
- ការគ្រប់គ្រងករណី
- ព័ត៌មានណាមួយ ឬទាំងអស់ដែល Blue Shield រក្សាទុក។ ចំណុចនេះអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការធ្វើធាតុវិនិច្ឆ័យ អ្នកផ្តល់សេវា ការទាមទារសំណង/ការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រង ឬអត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ/ការចេញវិក្កយបត្រ។ ចំណុចនេះមិនមានបញ្ចូលព័ត៌មានសម្ងាត់ លុះត្រាតែមានការយល់ព្រមជាពិសេសខាងក្រោម។
- ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)៖ \_\_\_\_\_

**6. តើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានសម្ងាត់ដែរឬទេ ? (គូសជីកយកមួយ)**

- ទេ
- បាទ/ចាស (គូសជីកយកចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់)
  - ជំងឺឆ្លង និងការបង្កោត
  - ការថែទាំសុខភាពទៅតាមភេទ
  - ព័ត៌មានហ្សែន
  - មេរោគហ៊ីវ/មេរោគអេដស៍
  - សុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា
  - សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ
  - ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្ត រួមមានអំពើហិង្សាលើដៃគូស្និទ្ធស្នាល
  - ជំងឺកាមរោគ
  - បញ្ហាបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (គ្រឿងស្រវឹង/គ្រឿងញៀន)

**7. ការផុតកំណត់ និងការដកហូត**

ខ្ញុំចង់ឱ្យការអនុញ្ញាតនេះបញ្ចប់នៅ \_\_\_\_\_ . (ខ៖ \_\_/\_\_/\_\_)

ប្រសិនបើមិនមានជ្រើសរើសកាលបរិច្ឆេទ ការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់មួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។ អ្នកមានសិទ្ធិដកហូតការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាក៏បានតាមរយៈការជូនដំណឹងដល់ Blue Shield ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការដកហូតការអនុញ្ញាតនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានដែលយើងបញ្ចេញព័ត៌មានមុនពេលយើងទទួលបានសំណើដកហូតពីអ្នកទេ។ ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ជំនួយឱ្យអនីតិជន នោះការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់នៅថ្ងៃកំណើតអាយុដប់ប្រាំបីឆ្នាំរបស់អនីតិជន។

**8. ហត្ថលេខារបស់សមាជិក ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់**

ខ្ញុំបានអានយល់ទម្រង់បែបបទនេះ និងយល់ស្របនឹងលក្ខខណ្ឌនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ ខ្ញុំបង្គាប់ឱ្យ Blue Shield of California បញ្ចេញព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកទទួលបានដែលបានកត់សម្គាល់ដូចដែលបានណែនាំខាងលើ។ ខ្ញុំយល់ថា នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវបានបញ្ចេញ ព័ត៌មាននោះអាចត្រូវបានបញ្ចេញបន្តដោយអ្នកទទួល និងអាចលែងមានការការពារដោយច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាព រួមទាំងច្បាប់ស្តីពីគណនេយ្យភាព និងការបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សហព័ន្ធឆ្នាំ 1996។ ខ្ញុំយល់ថា Blue Shield អាចមិនដាក់លក្ខខណ្ឌការទូទាត់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ស្តីពីថ្លៃថ្នូរហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះឬអត់។

---

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

---

ឈ្មោះ ជាអក្សរពុម្ព  
ប្រសិនបើតំណាងស្របច្បាប់បានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះរួចហើយ សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងរបស់តំណាងនិងសមាជិក (ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលដែលបង្គាប់ដោយតុលាការ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាពជាដើម)៖

---

ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពីសមាជិក ឬឪពុកម្តាយរបស់អនីតិជន ដូចជា អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន/ផ្លូវច្បាប់ អាណាព្យាបាល ឬអ្នកប្រតិបត្តិ អ្នកក៏ត្រូវដាក់បញ្ជូនឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអំណាច របស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសឱ្យសមាជិក (ឬមតិរបស់សមាជិក) ដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព។ ឯកសារ បែបនេះអាចរួមមាន ឧទាហរណ៍៖

1. លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព
2. ឯកសារបច្ចុប្បន្នដែលមានសុពលភាពរបស់អាណាព្យាបាលដែលបង្គាប់បញ្ជាដោយតុលាការ ឬ
3. ឯកសារច្បាប់ផ្សេងទៀតដែលមានសុពលភាពដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើសកម្មភាពជំនួសឱ្យ សមាជិក (ឬមតិរបស់សមាជិក)

---

**រក្សាច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទការអនុញ្ញាតសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក ។**  
ផ្ញើទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាទៅ៖

Blue Shield of California Customer Care  
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。