

Առողջապահական տեղեկատվության հրապարակման թույլտվություն

Օգտագործեք այս ձևաթուղթը՝ լիազորելու Blue Shield of California-ին, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company-ին և նրանց գործընկերներին (միասնաբար՝ Blue Shield)՝ Ձեր առողջապահական տեղեկությունները մեկ այլ անձի կամ կազմակերպության փոխանցելու համար:

1. Անդամի տվյալները

Անդամի անունը՝ _____

Անդամի հասցեն՝ _____

Բաժանորդի նույնականացման համարը՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

2. Ո՞վ կարող է տեղեկատվություն ստանալ:

Ստացողի անունը՝ _____

Ստացողի հասցեն՝ _____

Ստացողի հարաբերությունը Անդամի հետ՝ _____

3. Ո՞րն է այս ձևաթուղթը լրացնելու նպատակը: (Նշեք կետերից մեկը)

Նոր լիազորում (անցեք 4-րդ կետին)

Չեղարկել առկա լիազորումը (անցեք 7-րդ կետին)

4. Ո՞րն է տեղեկատվության բացահայտման նպատակը: (Նշեք կետերից մեկը)

Իմ խնդրանքով՝ հատուկ նպատակ չկա

Հատուկ նպատակ. _____

5. Ի՞նչ տեղեկատվություն կարող է փոխանցվել ստացողին: (Նշեք կիրառելի բոլոր կետերը)

Նպաստների բացատրություն

Տեղեկություններ հայցերի մասին

Ապահովագնի վճարային տեղեկատվություն

Գործի կառավարում

Մասնակի կամ ամբողջական տեղեկատվություն, որը պահպանում է Blue Shield-ը:

Այն կարող է ներառել տեղեկություններ Ձեր բժշկական խնամքի, ախտորոշման, մատակարարների, ապահովագրության կամ նպաստների պահանջների/վճարումների վերաբերյալ և/կամ ֆինանսական/վճարային տեղեկատվություն: Այն չի ներառում զգայուն տեղեկատվություն, քանի դեռ ստորև դա հատուկ հաստատված չէ:

Այլ (նշեք). _____

6. Ստացողը լիազորված է զգայուն տեղեկատվություն ստանալու համար: (Նշեք կետերից մեկը)

Ոչ

Այո (նշեք բոլոր կիրառվող կետերը)

Վարակիչ և ինֆեկցիոն հիվանդություն

Սեռական պատկանելությունը հաստատող խնամք

Գենետիկական տեղեկատվություն

ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ

Հոգեկան կամ վարքագծային առողջություն

Սեռական և վերարտադրողական առողջություն

Սեռական, ֆիզիկական կամ մտավոր բռնություն, ներառյալ զուգընկերոջ բռնությունը

Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներ

Թմրանյութերի օգտագործման խանգարում (ակոհոլ/թմրանյութեր)

7. Ժամկետի սպառվելը և չեղյալ հայտարարելը

Ես կցանկանայի, որ այս լիազորումն ավարտվեր _____-ին (օրինակ՝ __/__/__):
Եթե որևէ ամսաթիվ ընտրված չէ, լիազորման ժամկետը կլրանա ստորև նշված ստորագրման ամսաթվից մեկ տարի անց: Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի չեղարկել այս լիազորումը՝ գրավոր կերպով ծանուցելով Blue Shield-ին: Այս թույլտվության չեղարկումը չի ազդի այն տեղեկատվության վրա, որը մենք բացահայտել ենք՝ նախքան Ձեր չեղարկման հարցումը ստանալը: Եթե այս լիազորումն անչափահասի անունից տրվում է ծնողի կամ օրինական խնամակալի կողմից, ապա դրա ժամկետը կլրանա անչափահասի տասներեք տարին լրանալուն պես:

8. Անդամի կամ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ես կարդացել եմ այս ձևաթուղթը, հասկացել եմ պայմանները և համաձայն եմ դրանց հետ: Ես լիազորում եմ Blue Shield of California-ին բացահայտել տեղեկատվությունը նշված հասցեատիրոջը, ինչպես ցուցված է վերևում: Ես հասկանում եմ, որ իմ տվյալները բացահայտվելուց հետո դրանք կարող են ստացողի կողմից բացահայտվել նաև երրորդ անձանց, հետևաբար կարող են այլևս պաշտպանված չլինել գաղտնիության պահպանման վերաբերյալ օրենքներով, ներառյալ 1996 թվականին ընդունված Առողջության ապահովագրության դյուրակրության և հաշվետվության մասին դաշնային օրենքը (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996): Ես հասկանում եմ, որ Blue Shield-ը չի կարող պայմանավորել վճարումը, առողջապահական ծրագրում գրանցումը կամ նպաստների ստացման իրավունքն այն փաստով, թե արդյոք ես կստորագրեմ այս լիազորումը:

Ստորագրություն

Ամսաթիվ

Տպատառ անուն

Եթե այս ձևաթուղթը ստորագրել է օրինական ներկայացուցիչը, խնդրում ենք նշել ներկայացուցչի անունը և կապը անդամի հետ (ծնող, խնամակալության դատարանի որոշում, առողջական խնամքի լիազորագիր և այլն):

Եթե այս ձևաթուղթը ստորագրել է որևէ այլ անձ, և ոչ թե անդամը կամ անչափահասի ծնողը, օրինակ՝ անձնական/օրինական ներկայացուցիչը, խնամակալը կամ կատարողը, ապա **Դուք պետք է ներկայացնեք նաև իրավական փաստաթղթերը**, որոնք ցույց են տալիս, որ Դուք լիազորված եք հանդես գալ Անդամի (կամ Անդամի Ժառանգի) անունից և բացահայտել առողջապահական տեղեկությունները: Նման փաստաթղթերի օրինակներն են.

1. Լիազորագիր առողջապահական խնամքի համար
2. Ընթացիկ, վավեր փաստաթղթեր՝ խնամակալության վերաբերյալ դատարանի որոշման վերաբերյալ կամ
3. Այլ վավեր իրավական փաստաթղթեր, որոնք ցույց են տալիս Անդամի (կամ Անդամի Ժառանգի) անունից գործելու Ձեր իրավասությունը

Պահպանեք լիազորման ձևաթղթի մեկ օրինակը Ձեզ մոտ:

Վերադարձրեք լրացված և ստորագրված լիազորման ձևաթուղթը հետևյալ հասցեով՝

Blue Shield of California
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。