



សំណើសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយសម្ងាត់នៃព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ

អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីស្នើសុំឱ្យ Blue Shield of California ប្រាស្រ័យទាក់ទងព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពាររបស់អ្នក ("PHI") ទៅអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរស័ព្ទសម្ងាត់។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើទម្រង់បែបបទនេះទេ សូមបញ្ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅ Blue Shield តាមអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរស័ព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទម្រង់បែបបទ។

សំណើរបស់អ្នកនឹងអនុវត្តចំពោះតែ PHI ដែលទំនាក់ទំនងដោយ Blue Shield of California និងសហការីអាជីវកម្មរបស់ខ្លួនប៉ុណ្ណោះ។ ការស្នើសុំរបស់អ្នកអាចនឹងត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើវាមិនអាចសម្របសម្រួលដោយសមហេតុផល។ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាត ហើយអ្នកផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកនៅពេលក្រោយ ឬប្រសិនបើលេខអត្តសញ្ញាណអ្នកជាប់របស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ អ្នកត្រូវតែដាក់សំណើថ្មីសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ដោយផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅ Blue Shield of California។ អ្នកអាចដកហូតសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ដោយផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅ Blue Shield of California តាមអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរស័ព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទម្រង់បែបបទ។

1. បុគ្គលដែលសុំការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយសម្ងាត់របស់ PHI:

ឈ្មោះ: _____

លេខ ID អ្នកជាវ: _____

លេខទូរស័ព្ទ: _____

ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត: _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល: _____

2. ខ្ញុំសុំឱ្យ Blue Shield of California ប្រាស្រ័យទាក់ទង PHI របស់ខ្ញុំតាមរយៈដូចខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្ងាត់:

លេខទូរស័ព្ទសម្ងាត់:

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលសម្ងាត់:

3. ហត្ថលេខារបស់បុគ្គល ឪពុកម្តាយរបស់អនីតិជន ឬអ្នកតំណាងផ្តល់ខ្លួន:

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរធំ: _____

អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ ឬអាណាព្យាបាល

ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយនរណាម្នាក់ក្រៅពីបុគ្គល ឬឪពុកម្តាយរបស់អនីតិជន ដូចជាអ្នកតំណាង ផ្ទាល់ខ្លួន/ស្របច្បាប់ ឬអាណាព្យាបាល អ្នកក៏ត្រូវតែដាក់បញ្ជូនឯកសារដែលបង្កើតសិទ្ធិអាណាចស្របច្បាប់របស់អ្នក ដើម្បី ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមបុគ្គលនោះទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាព/PHI របស់ពួកគេ។ ឯកសារបែបនេះអាចរួមមាន៖

១. ការអនុញ្ញាត HIPAA
២. សិទ្ធិតំណាងផ្លូវច្បាប់នៃការថែទាំសុខភាព
៣. ឯកសារអាណាព្យាបាល ឬ
៤. ឯកសារត្រឹមត្រូវផ្សេងទៀតដែលបង្កើតអាជ្ញាធរស្របច្បាប់របស់អ្នកដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួស ក្នុងនាមបុគ្គល។

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាង (អក្សរពុម្ព)៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក៖

ប្រភេទនៃឯកសារ បានបញ្ជូន៖

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាង៖

អ្នកអាចប្តូរគល់ទម្រង់បែបបទដដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខានេះមកវិញតាមរយៈជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើស ទាំងនេះ៖

ប្រសិនបើយើង៖ Blue Shield of California, Privacy Office P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

អ៊ីមែល៖ privacy@blueshieldca.com

ទូរស័ព្ទ៖ (800) 201-9020

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。