



## درخواست حسابرسی افشای اطلاعات

شما می‌توانید از این فرم برای درخواست حسابرسی برخی از موارد افشای اطلاعات درمانی محافظت شده («PHI») شما که توسط Blue Shield of California انجام شده است، استفاده کنید. حداکثر دوره حسابرسی افشای اطلاعات تا شش سال قبل از تاریخ درخواست شما است. Blue Shield of California الزامی به حسابرسی افشای اطلاعات مربوط به PHI شما که برای موارد زیر تهیه شده باشد، ندارد:

- برای اهداف درمان، پرداخت، یا امور مراقبت درمانی؛
- برای شما، نماینده شخصی شما، یا بر اساس مجوز شما؛
- برای افرادی که در مراقبت‌های درمانی شما یا پرداخت هزینه مراقبت‌های درمانی شما نقش دارند؛
- برای اهداف امنیت ملی یا اطلاعاتی؛
- برای نهادهای اجرای قانون یا اصلاح و تربیت برای مقاصد معین؛
- برای رخدادهایی که استفاده یا افشای اطلاعات PHI شما برای این رخدادهای مجاز یا مورد نیاز است.

### شخص درخواست کننده ارتباط محرمانه PHI:

نام:

شماره اشتراک:

نشانی:

شماره تلفن

تاریخ تولد:

من درخواست حسابرسی از اطلاعات واگذار شده در دوره زمانی زیر را دارم:

از (تاریخ را مشخص کنید): \_\_\_\_\_ دریافت کننده: \_\_\_\_\_

اگر فقط به دنبال حسابرسی نوع خاصی از افشا یا افشاهای ارائه شده به شخص یا سازمان خاصی هستید، لطفاً شرح دهید:

امضای شخص، والدین فرزند صغیر یا نماینده شخصی:

تاریخ

امضاء

اگر این فرم توسط شخصی به غیر از خود شخص یا اولیای کودک صغیر از قبیل نماینده شخصی/قانونی یا قیم امضاء شود، باید مدرکی که حق شما را برای اقدام از طرف فرد در رابطه با مراقبت‌های درمانی/PHI آنها نشان می‌دهد مانند مجوز معتبر HIPAA، وکالت‌نامه مراقبت‌های درمانی، یا اسناد سرپرستی را تسلیم نمایید. همچنین لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید: نام، آدرس، و نسبت نماینده با فردی که این درخواست برای او ارسال شده است (با حروف خوانا):

درخواست تکمیل شده و امضاء شده را به این نشانی ارسال نمایید:

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

H0504\_13-FA\_144D 07052013

S2468\_13-FA\_144D 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A55568XLB-FA\_0923