



## **BẢN TUYÊN BỐ KHÔNG ĐỒNG Ý YÊU CẦU ĐÍNH KÈM YÊU CẦU SỬA ĐỔI VÀ QUYẾT ĐỊNH TỪ CHỐI SỬA ĐỔI KHI THỰC HIỆN VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN TRONG TƯƠNG LAI**

Ngày Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

Tên Thành Viên: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Số CIN của Thành Viên: \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng CalOptima Health đã từ chối yêu cầu sửa đổi Thông Tin về Sức Khỏe Được Giữ Kín (Protected Health Information, PHI) của tôi. Tôi đã gửi yêu cầu vào ngày: \_\_\_\_\_.

### **Xin chỉ chọn một (1) ô bên dưới:**

Tôi hiểu rằng CalOptima Health có thể chuẩn bị văn bản phản bác Tuyên bố Không đồng ý của tôi. “Văn bản phản bác” trình bày lý do vì sao CalOptima Health cho rằng Tuyên bố Không đồng ý của tôi không được chấp nhận. Nếu CalOptima Health chuẩn bị một văn bản phản bác, tôi sẽ nhận được một bản sao.

☐ Tôi muốn nộp “Tuyên bố Không đồng ý” này. Tôi không đồng ý với quyết định từ chối vì:

---

---

---

☐ Tôi không muốn nộp “Tuyên bố Không đồng ý” nhưng tôi muốn CalOptima Health đính kèm yêu cầu sửa đổi của tôi và quyết định từ chối khi tiết lộ thông tin có liên quan đến yêu cầu sửa đổi của tôi trong tương lai.

### **QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ:**

Để biết thêm thông tin về quyền riêng tư của quý vị, xin tham khảo bản sao Thông báo Thực hành Quyền riêng tư của CalOptima Health. Quý vị có thể tìm thấy bản sao trên trang mạng của chúng tôi: [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org), hoặc từ văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health bằng cách gọi số **1-714-246-8500** hoặc số miễn phí **1-888-587-8088**, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Thành viên bị khiếm thính hoặc khiếm âm có thể gọi đường dây TDD/TTY ở số **711**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của quý vị đã bị xâm phạm, quý vị có thể nộp đơn than phiền cho CalOptima Health hoặc bộ trưởng Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh. Để nộp đơn than phiền cho CalOptima Health, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số **1-714-246-8500**. CalOptima Health không tước bỏ các phúc lợi về chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc không thể



làm gì tổn hại đến quý vị theo bất kỳ cách nào nếu quý vị chọn nộp đơn than phiền hoặc sử dụng bất cứ quyền riêng tư nào trong Thông báo này.

**CHỮ KÝ:**

Chữ Ký của Thành Viên: \_\_\_\_\_

Trong trường hợp là Người Đại diện được Ủy Quyền (vui lòng đính kèm giấy tờ pháp lý):

Tên viết In hoa: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với Thành viên: \_\_\_\_\_