



ФОРМА ПРЕКРАЩЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЯ

Дата: _____ Дата рождения: _____

Имя участника: _____ Номер CIN участника: _____

Указанный выше участник запросил ограничение использования и раскрытия защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI) от

_____.

(мм/дд/гггг)

☐ **Участник просит отменить ограничение.**

Подпись участника: _____

Для уполномоченного представителя (приложить юридическую документацию):

Имя печатными буквами _____ Кем приходится участнику: _____

☐ **Участник соглашается отменить ограничение.**

Подпись участника: _____

Для уполномоченного представителя (приложить юридическую документацию):

Имя печатными буквами: _____ Кем приходится участнику: _____

☐ **CalOptima Health информирует вас о прекращении действия согласия.**

Согласие прекращает действие только в отношении защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI), созданной или полученной нами после получения вами настоящего уведомления.

☐ **Участник в устной форме согласился с прекращением действия.**

Имя (печатно) и подпись сотрудника CalOptima Health, получившего устное согласие:

Имя участника печатными буквами

Подпись участника



Более подробная информация о ваших правах на защиту конфиденциальных данных приведена в имеющемся у вас экземпляре Уведомления о политике конфиденциальности CalOptima Health. Также это Уведомление можно найти на нашем сайте www.caloptima.org, запросить в отделе обслуживания клиентов CalOptima Health по телефону **1-714-246-8500** или по номеру для бесплатных звонков **1-888-587-8088**, с понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 5:30 p.m. Участники с нарушениями слуха или речи могут обращаться на линию TDD/TTY по номеру **711**. У нас есть сотрудники, говорящие на вашем языке.

Если вы считаете, что ваши права на защиту конфиденциальности были нарушены, вы можете подать жалобу в CalOptima Health или секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения.

Чтобы подать жалобу в CalOptima Health, обратитесь в отдел обслуживания клиентов CalOptima Health по телефону **1-714-246-8500** или напишите по адресу:

ATTN: Customer Service Department CalOptima Health

505 City Parkway West
Orange CA 92868

CalOptima Health не может лишить вас льгот по медицинскому обслуживанию или причинить вам какой-либо вред, если вы решите подать жалобу или воспользоваться любыми правами на защиту конфиденциальности, изложенными в настоящем уведомлении.

С уважением, специалист по защите конфиденциальности