



ФОРМА ЗАПРОСА НА ОГРАНИЧЕНИЕ СПОСОБА/МЕТОДА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ СВЯЗИ

Дата запроса: _____

Имя участника: _____ Дата рождения: _____

Номер CIN участника: _____ Номер телефона: _____

Вы можете направить запрос о том, чтобы ваша защищенная медицинская информация (Protected Health Information, PHI) отправлялась вам другими способами или на другой адрес. Например, вы можете не хотеть, чтобы ваши медицинские записи или информация о вашем участии в плане медицинского страхования попали к вам домой, где их может увидеть кто-либо из членов семьи.

Мы выполняем такие запросы, если существует риск причинения вам личного вреда по причинам, связанным с защищенной медицинской информацией (Protected Health Information, PHI), отправляемой CalOptima Health.

- ☐ **Я прошу CalOptima Health не отправлять никакие сообщения, касающиеся моей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI), по адресу или на номер телефона, указанные при регистрации, так как это представляет опасность для меня.**

Другой адрес или способ связи со мной (укажите альтернативный адрес, чтобы CalOptima Health мог выполнить ваш запрос на конфиденциальную связь):

Адрес: _____ Кв. №: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

ВАШИ ПРАВА

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 8:00 а.м. до 5:30 р.м. Участники с нарушениями слуха или речи могут обращаться на линию 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.

ПОДПИСЬ:

Подпись участника: _____

Для уполномоченного представителя (приложить юридическую документацию):

Имя печатными буквами: _____

Кем приходится участнику: _____