



MẪU ĐƠN YÊU CẦU DANH SÁCH GIẢI THÍCH VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN

Ngày Yêu Cầu: _____

Tên của Thành Viên: _____ Ngày Sinh: _____

Số CIN của Thành Viên: _____ Số Điện Thoại: _____

Tôi muốn yêu cầu một bản báo cáo về cách Thông Tin về Sức Khỏe Được Giữ Kín (Protected Health Information, PHI) của tôi được CalOptima Health tiết lộ như thế nào, theo yêu cầu của pháp luật. Tôi hiểu rằng CalOptima Health không bắt buộc phải cho tôi biết về những trường hợp tiết lộ thông tin sau đây:

1. Tiết lộ thông tin vì mục đích Điều Trị, Thanh Toán, và Điều Hành Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe.
2. Tiết lộ thông tin cho tôi hoặc được tôi ủy quyền để tiết lộ cho (những) người khác.
3. Tiết lộ thông tin cho những người có liên quan đến dịch vụ chăm sóc của tôi.
4. Việc tiết lộ thông tin được thực hiện trước ngày 14 tháng 4 năm 2003.

Tôi cũng hiểu rằng quyền hạn của tôi để nhận bản báo cáo về một phần, hoặc tất cả những việc tiết lộ thông tin, có thể bị tạm ngưng trong một số trường hợp.

Tôi hiểu rằng CalOptima Health phải cung cấp cho tôi bản báo cáo về việc tiết lộ thông tin trong vòng 60 ngày kể từ ngày tôi yêu cầu hoặc phải thông báo cho tôi biết rằng CalOptima Health cần thêm 30 ngày (hoặc ít hơn) để chuẩn bị bản báo cáo.

Tôi hiểu rằng tôi được phép nhận 1 bản báo cáo miễn phí về việc tiết lộ thông tin mỗi 12 tháng. Tôi có thể bị tính phí nếu tôi yêu cầu nhiều hơn 1 bản báo cáo trong khoảng thời gian 12 tháng.

Xin lưu ý, đây không phải là yêu cầu Tiếp Cận Thông Tin Sức Khỏe Được Giữ Kín (PHI). Quý vị sẽ không nhận được những hồ sơ như Hóa Đơn Thanh Toán Y Tế hoặc Hóa Đơn Thanh Toán của Nhà Thuốc khi sử dụng mẫu đơn này. Nếu quý vị cần những loại hồ sơ này, xin điền vào mẫu đơn Yêu Cầu Của Cá Nhân được Tiếp Cận Thông Tin Sức Khỏe Được Giữ Kín trong Bộ Hồ Sơ Được Chỉ Định.

Để biết thêm thông tin về quyền riêng tư của quý vị, xin vào trang mạng của chúng tôi tại www.caloptima.org hoặc gọi đường dây miễn phí của văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số **1-888-587-8088**. Các thành viên khiếm thính và khiếm thanh có thể gọi đường dây TTY ở số **711**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

Tôi muốn nhận hồ sơ về việc tiết lộ thông tin trong khoảng thời gian sau:

Từ _____ Đến _____

Lưu ý: Khoảng thời gian không thể lâu hơn sáu (6) năm, và không thể bao gồm thời gian trước ngày 14 tháng 4 năm 2003.

Cách thức nhận hồ sơ được yêu cầu (xin chọn một):

☐ “Trực tiếp” nhận tại CalOptima Health (cần trình thẻ ID khi nhận hồ sơ)

☐ Gửi thư:

Địa chỉ/Số căn hộ

Thành phố

Tiểu bang

Mã số vùng

☐ Qua trang mạng, gửi qua thư điện tử (e-mail) bảo mật đến: _____

Địa chỉ Email

Chữ Ký của Thành Viên: _____ **Ngày:** _____

Nếu là Người Đại Diện Cho Cá Nhân, xin hoàn tất phần dưới đây và cung cấp giấy tờ:

Tên viết In hoa: _____ **Mối quan hệ với Thành viên:** _____