



## **ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕСОГЛАСИИ ЗАПРОС НА ВКЛЮЧЕНИЕ ЗАПРОСА О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ И ОТКАЗА В ИНФОРМАЦИЮ, РАСКРЫВАЕМУЮ В БУДУЩЕМ**

Дата запроса: \_\_\_\_\_

Имя участника: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Номер CIN участника: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что план CalOptima Health отклонил мой запрос о внесении изменений в мою защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI). Дата подачи запроса: \_\_\_\_\_ .

### **Выберите только 1 (одно) поле ниже:**

Я понимаю, что CalOptima Health может подготовить опровержение в отношении моего Заявления о несогласии. Опровержение — это заявление о том, почему CalOptima Health считает, что мое Заявление о несогласии не принято. Если CalOptima Health подготовит письменное опровержение, я получу его копию.

Я хочу подать настоящее Заявление о несогласии

Я не согласен(-на) с отказом по следующим причинам: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я не хочу подавать Заявление о несогласии, но я хотел(-а) бы, чтобы CalOptima Health включил мой запрос о внесении изменений в мою защищенную медицинскую информацию и отказ во всю раскрываемую в будущем информацию, которая имеет отношение к моему запросу об изменении.

### **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](http://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 а.м. до 5:30 р.м. 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**. 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: \_\_\_\_\_