



기밀 통신 방식/방법에 대한 제한 요청 양식

요청 날짜: _____

회원 이름: _____ 생년월일: _____

회원 CIN 번호: _____ 전화번호: _____

보호된 건강 정보(PHI, Protected Health Information)의 기밀 통신을 다른 방법으로 또는 다른 주소로 수신하도록 요청이 가능합니다. 예를 들어, 가족 구성원이 볼 수 있는 자택으로 건강 기록이나 회원 정보를 보내는 것을 원치 않으실 수 있습니다.

CalOptima Health에서 전송된 보호된 건강 정보(PHI)로 인해 귀하가 개인적 해를 당할 위험이 있는 경우, 이러한 요청에 동의합니다.

- 본인은 CalOptima Health가 본인의 보호된 건강 정보(PHI)와 관련된 어떠한 연락도 본인에게 위험이 될 수 있으므로 가입 정보에 기록된 주소 또는 전화번호로 보내지 않기를 요청합니다.**

다른 주소 또는 연락 방법은 다음과 같습니다(CalOptima Health에서 귀하의 기밀 연락 요청을 처리할 수 있도록 다른 주소를 제공해 주셔야 합니다):

주소: _____ 아파트 호수(#): _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

귀하의 권리:

개인정보 보호 권리에 대한 자세한 내용은 CalOptima Health 개인정보 보호 관행 사본을 참조하십시오. 사본은 저희 웹사이트 www.caloptima.org 에서 확인하실 수 있으며, CalOptima Health 고객 서비스 부서 번호 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088** 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분 사이 문의하실 수 있습니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 회원은 TTY **711**번으로 전화하실 수 있습니다. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다.

개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 CalOptima Health 또는 Department of Health and Human Services (보건복지부) 장관에게 불만을 제기하실 수 있습니다. CalOptima Health에 불만을 제기하시려면 CalOptima Health 고객 서비스 부서 번호 **1-714-246-8500** 으로 연락하시거나 다음 주소로 편지를 보내주십시오:

ATTN Customer Service Department
CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange CA 92868



회원이 불만 사항을 제기하거나 이 공지서에 있는 개인정보 보호 권리를 사용하기로 선택한 경우 CalOptima Health는 회원의 건강 관리 혜택을 박탈하거나 어떠한 방법으로든 회원에게 피해를 주는 조치를 취할 수 없습니다.

서명:

회원 서명: _____

공인 대리인의 경우(법적 문서를 포함하세요):

인쇄체 이름: _____ 회원과의 관계: _____