



## 限制行爲/保密通訊方式的申請表格

申請日期：\_\_\_\_\_

會員姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

會員CIN號碼：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

您可以要求透過其他方式或將受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 的保密通訊發送到其他地址。例如，您可能不希望您的健康紀錄或會員資訊被發送到您的家中，以免被家人看到。

如果 CalOptima Health 發送的受保護健康資訊 (PHI) 可能對您造成人身傷害，我們會同意這些要求。

- ☐ 我要求 CalOptima Health 不要將任何與我的受保護健康資訊 (PHI) 相關的通訊發送至註冊資訊中記錄的地址或電話號碼，因為這會對我自己造成危險。

聯絡我的其他地址或方式是 (您必須提供其他地址，以便 CalOptima Health 滿足您的保密通訊要求)：

地址：\_\_\_\_\_ 公寓單位：#：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵政編碼：\_\_\_\_\_

### 您的權利：

要了解更多有關您的隱私權信息，請參閱您的 CalOptima Health 隱私慣例通知副本。您也可在我們的網站 [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org)，或致電 CalOptima Health 客戶服務部取得副本，電話是 **1-714-246-8500** 或免費電話 **1-888-587-8088**，服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點30分。有聽力或言語障礙的會員可以撥打我們的 TTY 專線 **711**。我們有工作人員會說您的語言。

若您認為您的隱私權受到侵犯，您可向 CalOptima Health 或 Department of Health and Human Services (美國衛生與公眾服務部) 部長提出投訴。若要向 CalOptima Health 提出投訴，請聯絡 CalOptima Health 客戶服務部，電話：**1-714-246-8500**，或寫信至：

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



如果您選擇提出投訴或使用本通知中的任何隱私權，CalOptima Health 不得剝奪您的醫療保健福利或以任何方式傷害您。

**簽名：**

會員簽名：\_\_\_\_\_

若為授權代表 (請附上法律文件)：

正楷填寫姓名：\_\_\_\_\_ 與會員的關係：\_\_\_\_\_