

제한 양식의 종료

날짜: _____ 생년월일: _____

회원 이름: _____ 회원 CIN 번호: _____

위에 이름이 언급된 회원은 _____ 일자로 보호된 건강 정보(PHI)의 사용 및 공개에 대한 제한을 요청했습니다. _____ 월/일/년도

회원은 제한을 종료해 달라고 요청하였습니다.

회원 서명: _____

공인 대리인의 경우(법적 문서를 포함하세요):

이름을 철자로 쓰기: _____ 회원과의 관계: _____

원은 제한의 종료에 동의합니다.

회원 서명: _____

공인 대리인의 경우(법적 문서를 포함하세요):

이름을 철자로 쓰기: _____ 회원과의 관계: _____

CalOptima Health는 계약이 종료된 것을 귀하에게 알려드립니다. 본 계약 종료는

귀하께서 본 통지를 받으신 후 저희가 생성하거나 받은 보호된 건강 정보(PHI)에 대해서만 유효합니다.

회원은 계약 종료에 구두로 동의했습니다.

구두 동의를 받은 CalOptima Health 담당자의 이름과 서명을 기재해 주십시오:

회원의 이름 인쇄체

회원 서명



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 TDD/TTY **711**번으로 전화하실 수 있습니다. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다.

개인정보 보호권이 침해되었다고 생각되시면 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.

감사합니다,

개인정보 보호책임자