



MẪU ĐƠN YÊU CẦU HẠN CHẾ VỀ CÁCH THỨC/PHƯƠNG THỨC LIÊN LẠC THÔNG TIN ĐƯỢC GIỮ KÍN

Ngày Yêu Cầu: _____

Tên của Thành Viên: _____ Ngày Sinh: _____

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

Quý vị có thể yêu cầu được nhận Thông tin Sức khỏe Được Giữ kín (Protected Health Information, PHI) một cách kín đáo bằng nhiều cách khác nhau hoặc gửi đến một địa chỉ khác. Thí dụ như quý vị có thể không muốn hồ sơ y tế hoặc thông tin thành viên của quý vị được gửi đến nhà của quý vị, nơi mà người trong gia đình có thể nhìn thấy thông tin.

Chúng tôi sẽ đáp ứng những yêu cầu này khi có nguy cơ gây nguy hiểm cho quý vị vì Thông tin Sức khỏe Được Giữ kín (PHI) mà CalOptima Health gửi.

- ☐ **Tôi yêu cầu CalOptima Health không thực hiện bất kỳ việc liên lạc nào về Thông tin Sức khỏe Được Giữ kín (PHI) của tôi đến địa chỉ hoặc số điện thoại có trong thông tin ghi danh vì lý do nguy hiểm cho bản thân tôi.**

Địa chỉ khác hoặc cách thức khác để liên lạc với tôi là (quý vị phải cung cấp địa chỉ khác để CalOptima Health có thể đáp ứng yêu cầu Liên lạc Một cách Kín đáo của quý vị):

Địa Chỉ: _____ Số Căn Hộ #: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Số Vùng: _____

QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ:

Để biết thêm thông tin về quyền riêng tư của quý vị, xin tham khảo bản sao Thông báo Thực hành Quyền riêng tư của CalOptima Health. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản sao trên trang mạng của chúng tôi: www.caloptima.org, hoặc từ văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health bằng cách gọi số **1-714-246-8500** hoặc số miễn phí **1-888-587-8088**, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Thành viên gặp khó khăn về nghe hoặc nói có thể gọi TTY ở số **711**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của quý vị đã bị xâm phạm, quý vị có thể nộp đơn than phiền cho CalOptima Health hoặc bộ trưởng Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh. Để nộp đơn than phiền cho CalOptima Health, xin liên lạc văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số **1-714-246-8500** hoặc gửi thư đến:

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



CalOptima Health không thể lấy đi các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc không thể làm gì tổn hại đến quý vị theo bất kỳ cách nào nếu quý vị chọn nộp đơn than phiền hoặc sử dụng bất cứ quyền riêng tư nào trong Thông báo này.

CHỮ KÝ:

Chữ Ký của Thành Viên: _____

Trong trường hợp là Người Đại diện được Ủy Quyền (xin đính kèm giấy tờ pháp lý):

Tên viết In hoa: _____ Mối Quan Hệ với Thành Viên: _____