

فرم درخواست محدودیت در روش/ نحوه ارتباطات محرمانه

تاریخ درخواست: _____
تاریخ تولد: _____ نام عضو: _____
شماره تلف: _____ شماره شناسه عضویت CIN: _____

شما می‌توانید درخواست کنید که مکاتبات محرمانه اطلاعات سلامت محافظت‌شده (Protected Health Information, PHI) را از طریق روش‌های مختلف یا به آدرس دیگری دریافت کنید. به عنوان مثال، ممکن است نخواهید سوابق سلامتی یا اطلاعات عضویت شما به خانه شما که یکی از اعضای خانواده ممکن است آن را ببیند، فرستاده شود.

در صورتی که به دلیل اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) ارسالی از CalOptima Health، خطر آسیب شخصی برای شما وجود داشته باشد، ما با این درخواست‌ها موافقت خواهیم کرد.

☐ من از CalOptima Health درخواست می‌کنم که به دلیل خطری که برای من وجود دارد، هیچ مکاتباتی در مورد اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (PHI) من به آدرس یا شماره تلفن ثبت شده در اطلاعات ثبت‌نام ارسال نکند.

آدرس یا روش دیگر ارتباط با من این است (شما باید یک آدرس جایگزین ارائه دهید تا CalOptima Health بتواند درخواست شما برای ارتباط محرمانه را برآورده کند):

آدرس: _____ شماره آپارتمان: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

حقوق شما:

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق حریم خصوصی خود، لطفاً به کپی اطلاعاتیه اقدامات حفظ حریم خصوصی CalOptima Health خود مراجعه کنید. یک نسخه از آن را می‌توانید در وبسایت ما به آدرس www.caloptima.org یا از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health با تماس با شماره **1-714-246-8500** یا شماره رایگان **1-888-587-8088**، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر، بیابید. اعضای دارای اختلالات شنوایی یا گفتاری می‌توانند به TTY با شماره **711** ما تماس بگیرند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می‌کنند.

اگر فکر می‌کنید حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید شکایتی را به CalOptima Health یا با اداره وزارت بهداشت و خدمات انسانی (Department of Health and Human Services) ارائه دهید. برای ثبت شکایت با CalOptima Health، با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره **1-714-246-8500** تماس بگیرید یا به آدرس زیر مکاتبه نمایید:

ATTN Customer Service Department

CalOptima Health

City Parkway West 505

Orange CA 92868

در صورتی که تصمیم به تسلیم شکایت نموده یا می‌خواهید از هر یک از حقوق حریم خصوصی مندرج در این اطلاعاتیه استفاده نمایید، CalOptima Health نمی‌تواند مزایای مراقبت درمانی شما را پس گرفته یا کاری در جهت آسیب رساندن به شما به هر شکلی انجام دهد.

امضا:

امضای عضو: _____

اگر نماینده مجاز عضو هستید (لطفاً اسناد قانونی را ضمیمه کنید):

نام خود را درج نمایید: _____ نسبت با عضو: _____