

Mẫu Đơn Yêu Cầu Giới Hạn về Cách Thức hoặc Phương Thức Liên Lạc Bảo Mật

Tên Thành Viên: _____

Số Thẻ CIN: _____

Ngày Sinh: _____

Địa Chỉ: _____

Số Điện Thoại: _____

Quý vị có thể yêu cầu nhận việc liên lạc bảo mật cho Thông Tin Sức Khỏe Được Giữ Kín (Protected Health Information, PHI) bằng những cách khác hoặc đến một địa chỉ khác. Ví dụ, quý vị có thể không muốn hồ sơ sức khỏe hoặc thông tin thành viên của quý vị được gửi đến nhà và thành viên trong gia đình có thể nhìn thấy.

Chúng tôi sẽ đồng ý với những yêu cầu này khi có quý vị có nguy cơ chịu tổn hại cá nhân vì CalOptima gửi Thông Tin Sức Khỏe Được Giữ Kín.

- Tôi yêu cầu CalOptima KHÔNG gửi bất cứ sự liên lạc nào về Thông Tin Sức Khỏe Được Giữ Kín của tôi đến địa chỉ hoặc số điện thoại được cung cấp ở trên.**

Địa chỉ khác hoặc phương thức khác để liên lạc với tôi là (quý vị phải cung cấp một địa chỉ khác để CalOptima đáp ứng yêu cầu về việc liên lạc bảo mật của quý vị):

Địa Chỉ: _____ Số căn hộ: _____

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

QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ:

Để tìm hiểu thêm về quyền riêng tư của quý vị, vui lòng tham khảo bản sao Thông Báo Quyền Riêng Tư của CalOptima. Thông tin cũng có trên trang mạng của chúng tôi: www.caloptima.org, hoặc từ Văn Phòng Dịch Vụ CalOptima bằng cách gọi số **1-714-246-8500** hoặc đường dây miễn phí **1-888-587-8088**, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Thành viên bị khiếm thính hoặc khiếm thanh có thể gọi đường dây TDD của chúng tôi ở số **1-714-246-8523** hoặc đường dây miễn phí ở số **1-800-735-2929**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

Nếu quý vị cho rằng quyền riêng tư của mình bị xâm phạm, quý vị có thể nộp đơn than phiền cho CalOptima bằng cách gọi số **1-714-246-8500** hoặc gửi đơn về:

CalOptima
Customer Service Department
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

CalOptima không thể lấy đi các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc không thể làm bất cứ việc 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 của mình.

CHỮ KÝ:

Chữ ký của Thành Viên: _____

Nếu là Người Đại Diện Được Cho Phép (xin đính kèm tài liệu pháp lý):

Tên Bằng Chữ In Hoa: _____

Mối Quan Hệ với Thành Viên: _____