

የተጠበቀ የጤና መረጃን ለማሳወቅ ፍቃድ

ለአባል ማስታወቂያ፡-

- ይህንን ቅጽ መሙላት **Trillium Community Health Plan** የእርስዎን የጤና መረጃ ከዚህ በታች ለለዩት ሰው ወይም ቡድን እንዲያካፍል ያስችለዋል።
- ይህንን ቅጽ መፈረም ወይም የጤና መረጃዎን ለማጋራት ፍቃድ መስጠት ግዴታ የለብዎትም። ይህንን ቅጽ ካልፈረሙ ከ **Trillium Community Health Plan** ጋር ያለው አገልግሎትዎ እና ጥቅማ ጥቅሞች አይለወጡም።
- የመሰረዝ መብት፡- ይህን የፈቃድ ቅጽ መሰረዝ ሲፈልጉ መሻሪያውን ይመሉ ቅጹ እና ከገጹ ግርጌ ባለው አድራሻ ይላኩልን።
- **Trillium Community Health Plan** የእርስዎን የጤና መረጃ ለማጋራት የሚፈልጉት ሰው ወይም ቡድን ለሌላ ሰው እንደማይጋራ ቃል መግባት አይችልም።
- ለእኛ የላኩልንን ሁሉንም የተሟሉ ቅጾች ቅጂ አቆይ። ከፈለጉ የ **Trillium Community Health Plan** ቅጂዎችን ሊልኩልዎ ይችላል።
- በዚህ ቅጽ ላይ ያሉትን ሁሉንም መረጃዎች ይመሉ። ሲጨርሱ ከገጹ ግርጌ ወዳለው አድራሻ በፖስታ ይላኩት።

የአባላት መረጃ፡-

የአባል ስም (አትም)፡ _____

አባል የትውልድ ቀን፡- _____ / _____ / _____ አባል [Medicaid/Medicare] መታወቂያ ቁጥር፡ _____

የጤና መረጃዬን ከዚህ በታች ለተጠቀሰው ሰው ወይም ቡድን (ተቀባዩ) እንዲያካፍል ለትሪሊየም የማህበረሰብ አቀፍ ጤና ፕላን ፈቃድ ሰጠሁ። የፈቃዱ አላማ በ**Trillium Community Health Plan** ጥቅማ ጥቅሞች እና አገልግሎቶች ላይ እኔን ለመርዳት ነው።

የተቀባይ መረጃ፡-

ስም (ሰው ወይም ቡድን)፡ _____

አድራሻ፡- _____

ከተማ፡ _____ ግዛት፡ _____ ዚፕ፡ _____ ስልክ፡ (_____) _____

የ Trillium Community Health Plan ይህንን የጤና መረጃ ሊያጋራ ይችላል፡ (የሚመለከተውን ሁሉንም ሳጥናች ላይ ምልክት ያድርጉ)

- | | |
|---|--|
| ☐ ሁሉም የእኔ PHI;
☐ የአልኮሆል/የመድኃኒት ምርመራዎች፣ ህክምና ወይም ሪፈራል
☐ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) ወይም የሰው የበሽታ መከላከያ ቫይረስ (HIV) መረጃ።
☐ የባህሪ ጤና አገልግሎቶች ወይም የአእምሮ ህክምና መረጃ (ከሳይኮቴራፒ ማስታወሻዎች በስተቀር)
☐ የጄኔቲክ ምርመራ መረጃ
☐ ሌላ | ☐ ከዚህ በቀር ሁሉም የእኔ PHI፡- |
|---|--|

የፈቃድ ማብቂያ ቀን፡- _____ / _____ / _____ (ፈቃዱ ካልተሰረዘ በስተቀር የሚያልቅበት ቀን)

የአባል ፊርማ፡ _____ ቀን፡ _____ / _____ / _____
 (አባል ወይም ህጋዊ ተወካይ ይፈርሙ እዚህ)

ለአባላቱ እየፈረሙ ከሆነ፣ የእርስዎን ግንኙነት ከዚህ በታች ይግለጹ እርስዎ የአባላቱ የግል ተወካይ ከሆኑ፣ ይህንን ከዚህ በታች ይግለጹ እና የእነዚያን ቅጾች ቅጂዎች (እንደ የወክልና ስልጣን ወይም የፍርድ ቤት የአሳዳጊነት ትዕዛዝ) ይላኩልን።

ደብዳቤ ወደ፡ **የTrillium Community Health Plan**
 Attn: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440
 Compliance Toll Free Fax: (1-844) 426-5340

የ Trillium Community Health Plan (TCHP) ያላግባብ የፈፀመዎት ይመስልዎታል?

Trillium የክልል እና የፌዴራል ሲቪል መብቶች ህጎችን መከተል አለበት። በአንድ ሰው ምክንያት በየትኛውም ፕሮግራሞች ወይም ተግባራት ሰዎችን ኢ-ፍትሃዊ በሆነ መንገድ ማስተናገድ አይችልም፡-

- | | | | |
|--------|--------------|----------|------------|
| • ዕድሜ | • የኮርኒያ ማንነት | • ዘር | • የፆታ ዝንባሌ |
| • ቀለም | • የጋብቻ ሁኔታ | • ሃይማኖት | |
| • አካል | • ሀገር | • መነሻ ፆታ | |
| ጉዳተኝነት | | | |

ማንኛውም ሰው ህንፃዎችን እና አገልግሎቶችን የመግባት፣ የመውጣት እና የመጠቀም መብት አለው። በተረዱት መንገድ መረጃ የማግኘት መብትም አላቸው። Trillium ከእርስዎ ጋር ስለ ፍላጎቶችዎ በመነጋገር በፖሊሲዎች፣ ልምዶች እና ሂደቶች ላይ ምክንያታዊ ለውጦች ያደርጋል።

ስጋቶችን ሪፖርት ለማድረግ ወይም ተጨማሪ መረጃ ለማግኘት እባክዎን የአባል አገልግሎቶችን በ 541-485-2155 ያግኙ።
ከክፍያ ነፃ፡ 1-877-600-5472; TTY፡ 1-877-600-5473፣ ከሰኞ እስከ አርብ፣ ከ8:00 a.m. እስከ 5:00 p.m. ቅዳሜ፣ እሁድ እና የፌዴራል በዓላትን ጨምሮ ሌላ ጊዜ የድምፅ መልእክት መተው ይችላሉ። በሚቀጥለው የስራ ቀን ጥሪህን እንመልሰዋለን። ጥሪው ነፃ ነው።

እንዲሁም የሲቪል መብቶችን ቅሬታ ለአሜሪካ የጤና እና የሰብአዊ አገልግሎቶች ቢሮ ለሲቪል መብቶች የማቅረብ መብት አልዎት። ከሚከተሉት መንገዶች አንዱን ቢሮ ያነጋግሩ፡-

- ድህረገጽ፡ www.hhs.gov
- ኢሜይል፡- OCRComplaint@hhs.gov
- ስልክ፡ 1-800-368-1019፣ 1-800-537-7697 (TDD)
- ማልዕክት፡- 200 Independence Ave., SW, Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473. まで、電話にてご連絡ください

Arabic:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بـ Medicaid على رقم 1-877-600-5472، رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-600-5473.

Română (Romanian)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Cushite

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

(israF) فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد. فراهم می باشد. با. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.