

مجوز افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده

اطلاع به اعضا:

- تکمیل این فرم به طرح Trillium Community Health Plan اجازه می‌دهد اطلاعات سلامت شما را با شخص یا گروهی که در زیر شناسایی می‌کنید به اشتراک بگذارد.
- شما مجبور نیستید این فرم را امضا کرده یا اجازه به اشتراک گذاری اطلاعات بهداشتی خود را بدهید. در صورت امضا کردن این فرم، خدمات و مزایای شما با طرح Trillium Community Health Plan تغییر نخواهد کرد.
- حق لغو (ابطال): زمانی که بخواهید این فرم مجوز را لغو کنید، فرم ابطال را پر کرده و به آدرس پایین صفحه برای ما ارسال کنید.
- طرح Trillium Community Health Plan قول نمی‌دهد که شخص یا گروهی که می‌خواهید اطلاعات سلامتی خود را با آنها به اشتراک بگذارید، آن را با شخص دیگری به اشتراک نگذارد.
- یک کپی از تمام فرم‌های تکمیل شده‌ای که برای ما ارسال می‌کنید، نگه دارید. در صورت نیاز، طرح Trillium Community Health Plan می‌تواند نسخه‌هایی را برای شما ارسال کند.
- تمام اطلاعات موجود در این فرم را پر کنید. پس از اتمام، آن را به آدرس پایین صفحه ارسال کنید.

اطلاعات عضو:

نام عضو (چاپ): _____

تاریخ تولد عضو: _____ / _____ / _____ عضو [Medicaid/Medicare] شماره شناسه: _____

من به طرح Trillium Community Health Plan اجازه می‌دهم اطلاعات مربوط به سلامتی خود را با شخص یا گروه (گیرنده) زیر به اشتراک بگذارم. هدف از مجوز این است کمک به من در مورد مزایا و خدمات طرح Trillium Community Health Plan است.

اطلاعات گیرنده:

نام (شخص یا گروه): _____

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ تلفن: (_____) (_____) (_____)

طرح Trillium Community Health Plan می‌تواند این اطلاعات بهداشتی را به اشتراک بگذارد: (همه کادرهای موجود را علامت بزنید)

همه PHI‌های من؛ ☐ یا ☐ همه PHI‌های من بجز:

- ☐ الکل/تشخیص دارویی، درمان یا ارجاع
- ☐ اطلاعات مربوط به سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) یا ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV).
- ☐ خدمات بهداشتی رفتاری یا اطلاعات مراقبت‌های روانپزشکی (به جز نسخه‌های روان درمانی)
- ☐ اطلاعات آزمایش ژنتیک
- ☐ سایر

تاریخ پایان مجوز: _____ / _____ / _____ (تاریخ پایان مجوز مگر اینکه لغو شود)

امضای عضو: _____ تاریخ: _____ / _____ / _____

(عضو یا نماینده قانونی اینجا را امضا کند)

اگر در حال امضا به جای عضو هستید، رابطه خود را در زیر شرح دهید. اگر نماینده شخصی عضو هستید، این مورد را در زیر شرح دهید و نسخه‌هایی از آن فرم‌ها را برای ما ارسال کنید (مانند وکالتنامه یا حکم قیمومیت دادگاه).

ایمیل به: Trillium Community Health Plan
Compliance Department, PO Box :ATTN
11740, Eugene, OR, 97440
پذیرش خط رایگان فکس: (1-844) 426-5340

آیا فکر می‌کنید طرح (TCHP) Trillium Community Health Plan با شما ناعادلانه رفتار کرده است؟
تریلیوم باید از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی کند. به دلیل موارد زیر نمی‌تواند در هیچ یک از برنامه‌ها یا فعالیت‌های خود با مردم ناعادلانه رفتار کند:

- گرایش جنسی
- نژاد
- هویت جنسی
- سن
- مذهب
- وضعیت تاهل
- رنگ
- جنسیت
- ملیت
- معلولیت

هر کسی حق ورود، خروج و استفاده از ساختمان‌ها و خدمات را دارد. آنها همچنین حق دارند اطلاعات را به روشی که درک می‌کنند بدست آورند. تریلیوم با مشورت با شما در مورد نیاز هایتان در سیاست‌ها، رویه‌ها و روندها تغییرات منطقی ایجاد می‌کند.

برای گزارش نگرانی‌ها یا کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً با خدمات اعضا با شماره 541-485-2155 تماس بگیرید؛ طریگان:
1-877-600-5472؛ TTY: 1-877-600-5473، دوشنبه تا جمعه، 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر. در دیگر اوقات - از جمله شنبه، یکشنبه و تعطیلات فدرال - می‌توانید پیام صوتی بگذارید. ما روز کاری بعد به تماس شما پاسخ می‌دهیم. این تماس رایگان است.

شما همچنین حق دارید یک شکایت حقوق مدنی علیه وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده برای حقوق مدنی تنظیم کنید. با یکی از این راه‌ها با آن دفتر تماس بگیرید:

- وبسایت: www.hhs.gov
- ایمیل: OCRComplaint@hhs.gov
- تلفن: (TDD) 1-800-537-7697, 1-800-368-1019
- ارسال پستی: 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)

ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, មានសេវាជំនួយភាសា ដោយឥតគិតថ្លៃ អាស្រ័យលើស្ថានភាពអ្នក។ ចុះ 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.

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد. فراهم می باشد. 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.