

Autorisation de divulgation des données de santé protégées

Communication aux membres :

- Remplir ce formulaire autorise le **Trillium Community Health Plan** à partager vos informations de santé à la personne ou au groupe que vous avez désigné ci-dessous.
- Vous n'êtes pas obligé de signer ce formulaire ou de donner votre permission pour partager vos informations. Les services et avantages de votre **Trillium Community Health Plan** ne seront pas modifiés si vous ne signez pas votre formulaire.
- Droit de rétractation (annulation) : Si vous souhaitez annuler ce Formulaire d'autorisation, veuillez remplir le Formulaire d'annulation et de nous l'envoyer à l'adresse figurant en bas de page.
- **Le Trillium Community Health Plan** ne peut garantir que la personne ou le groupe avec lesquels vous souhaitez partager vos informations de santé ne les partageront pas avec d'autres.
- Conservez une copie de tous les formulaires remplis que vous nous avez envoyés. **Le Trillium Community Health Plan** peut vous envoyer des copies en cas de besoin.
- Remplissez la totalité du formulaire. Une fois terminé, veuillez l'envoyer par mail à l'adresse figurant en bas de page.

Informations du membre :

Nom du membre (capitales) : _____

Date de naissance du membre : ____ / ____ / ____ Numéro de carte d'identité du membre [Medicaid/Medicare] _____

Je donne l'autorisation au plan de santé communautaire Trillium de partager mes informations de santé à la personne ou au groupe (destinataire) désigné ci-dessous. L'objet de l'autorisation est de m'aider dans les prestations et services du Trillium Community Health Plan.

Informations sur le destinataire :

Nom (personne ou groupe) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____ - _____

Le Trillium Community Health Plan peut partager ces informations de santé : (cocher toutes les cases pertinentes)

Toutes mes infos

OU

Toutes mes infos SAUF :

- Diagnostics, traitements ou références aux alcools/drogues
- Informations sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (HIV).
- Informations sur les Services de santé comportementale ou les soins psychiatriques (sauf les notes de psychothérapie)
- Informations sur les tests génétiques
- Autres _____

Date de fin de l'autorisation : ____ / ____ / ____ (date à laquelle l'autorisation se termine à moins qu'elle soit annulée)

Signature du membre : _____ **Date :** ____ / ____ / ____

(Signature du membre ou du représentant légal)

Si vous signez au nom du membre, veuillez décrire votre lien ci-dessous. Si vous êtes un représentant personnel du membre, veuillez le décrire ci-dessous et nous envoyer ces formulaires (tels qu'une procuration ou une ordonnance de tutelle).

Adresse : **Trillium Community Health Plan**
 À l'attention de : Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440
 Fax sans frais : (1-844-) 426-5340

Pensez-vous que le Trillium Community Health Plan (TCHP) vous a traité de manière injuste ?

Trillium doit respecter les lois nationales et fédérales en matière de droits civils. Il ne peut traiter injustement une personne dans aucun de ses programmes ou dans aucune de ses activités en raison de son/sa :

- Âge
- Couleur
- Handicap
- Identité de genre
- Statut marital
- Nationalité
- Race
- Religion
- Sexe d'origine
- Orientation sexuelle

Chacun a le droit d'entrer, de sortir et d'utiliser les bâtiments et les services. Chacun a également le droit d'obtenir des informations d'une manière compréhensible. Trillium apportera des modifications raisonnables aux politiques, aux pratiques et aux procédures en échangeant avec vous sur vos besoins.

Pour signaler des préoccupations ou pour obtenir plus d'informations, veuillez contacter les Services aux membres au 541-485-2155 ; Numéro gratuit : 1-877-600-5472 ; TTY : 1-877-600-5473, du lundi au vendredi, de 8h00 à 17h00. En dehors de ces horaires, y compris le samedi, le dimanche et les jours fériés fédéraux, vous pouvez laisser un message vocal. Nous vous rappellerons le jour ouvrable suivant. L'appel est gratuit.

Vous avez également le droit de déposer une plainte relative aux droits civils auprès du Département américain de la Santé et des services aux personnes pour les droits civils. Vous pouvez contacter ce bureau par les moyens suivants :

- Site web : www.hhs.gov
- E-mail : OCRComplaint@hhs.gov
- Téléphone : 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- Courrier : 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 គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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.