

보호되는 건강 정보 공개 승인

가입자 주의사항:

- 이 양식을 작성하면 **Trillium Community Health Plan**이 아래의 사람 또는 그룹과 건강 정보를 공유할 수 있습니다.
- 이 양식에 서명하거나 건강 정보 공유 권한을 부여할 필요가 없습니다. 이 양식에 서명하지 않아도 **Trillium Community Health Plan**의 서비스 및 혜택은 변경되지 않습니다.
- 취소 권한 이 승인 양식을 취소하려면 취소 양식을 작성한 후 페이지 하단의 주소로 보내십시오.
- **Trillium Community Health Plan**은 건강 정보를 공유하고자 하는 사람 또는 그룹이 다른 사람과 공유하지 않을 것을 약속할 수 없습니다.
- 보내신 모든 양식의 사본을 보관하십시오. **Trillium Community Health Plan**은 필요한 경우 사본을 보낼 수 있습니다.
- 이 양식에 모든 정보를 기재하십시오. 작성한 후 하단의 주소 보내십시오.

가입자 정보:

가입자 이름(정자체): _____

가입자 생년월일: ____/____/____ 가입자[Medicaid/Medicare] ID 번호: _____

• 본인의 건강 정보를 아래의 사람 또는 그룹과 공유할 수 있는 권한을 **Trillium Community Health Plan**에 부여합니다. 승인의 목적은 **Trillium Community Health Plan**의 혜택 및 서비스를 지원하는 것입니다.

수신자 정보:

이름(사람 또는 그룹): _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 전화번호: (____) _____ - _____

Trillium Community Health Plan은 다음의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.(해당하는 칸을 모두 선택하십시오)

- ☐ 본인의 모든 PHI 또는 ☐ 본인의 모든 PHI 제외:
- 알코올/약물 진단, 치료 또는 의뢰
 - 면역 결핍 증후군(AIDS) 또는 인간 면역 결핍 바이러스(HIV) 정보를 획득했습니다.
 - 행동 건강 서비스 또는 정신과 진료 정보(심리 치료 제외)
 - 유전자 검사 정보
 - 기타 _____

승인 종료일: ____/____/____ (취소되지 않는 한 승인 종료)

가입자 서명: _____ 날짜: ____/____/____
(가입자 또는 대리인 서명)

가입자 대신 서명하는 경우, 가입자와의 관계를 기재하십시오. 가입자 대리인의 경우, 아래에 이 정보를 기재하고 해당 양식(예: 위임장 또는 법정 후견인 명령)의 사본을 보내십시오.

수신: **Trillium Community Health Plan**

수신: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440

수신자 부담 팩스: (1-844) 426-5340

Trillium Community Health Plan(TCHP)이 귀하를 부당하게 대우했다고 생각하십니까?

Trillium은 주 및 연방의 민법을 준수해야 합니다. 다음 사항에 따라 프로그램 또는 활동에서 부당하게 대우할 수 없습니다.

- 나이
- 피부색
- 장애
- 성별 정체성
- 혼인 여부
- 국적
- 인종
- 종교
- 생물학적 성
- 성적 지향성

모든 사람은 건물에 출입하고 서비스를 사용할 권리가 있습니다. 또한 자신이 이해하는 방식으로 정보를 획득할 권리가 있습니다. Trillium은 귀하의 요구에 대해 논의하여 정책, 관행, 절차를 합리적으로 변경합니다.

불만 사항을 보고하거나 자세히 알아보려면 가입자 서비스팀 541-485-2155번으로 문의하십시오. 수신자 부담: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473, 월 - 금, 오전 8시 - 오후 5시. 토요일, 일요일, 연방 공휴일의 경우 음성 메시지를 남길 수 있습니다. 다음 영업일에 다시 전화드리겠습니다. 통화료는 무료입니다.

또한 미국 보건복지부에 민원을 신청할 수 있습니다. 다음 방법 중 하나로 사무실에 문의하십시오.

- 웹사이트: www.hhs.gov
- 이메일: OCRComplaint@hhs.gov
- 전화번호: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- 우편: 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 بگیرید. 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.