

संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी प्रकट गर्न प्राधिकरण

सदस्यलाई सूचना:

- यो फारम पूरा गर्दा Trillium Community Health Plan तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी तपाईंले तल पहिचान गरेको व्यक्ति वा समूहसँग साझेदारी गर्न अनुमति दिन्छ।
- तपाईंले यो फारममा हस्ताक्षर गर्नु पर्दैन वा आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्न अनुमति दिनु पर्दैन। यदि तपाईंले यस फारममा हस्ताक्षर गर्नुभएन भने ट्रिलियम सामुदायिक स्वास्थ्य योजनाको साथ तपाईंको सेवाहरू र लाभहरू परिवर्तन हुनेछैनन्।
- रद्द गर्ने अधिकार (खारेज): जब तपाईं यो प्राधिकरण फारम रद्द गर्न चाहनुहुन्छ, खारेजी फारम भर्नुहोस् र पृष्ठको तलको ठेगानामा हामीलाई मेल गर्नुहोस्।
- Trillium Community Health Plan वाचा गर्ने सक्दैन कि तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्न चाहनुभएको व्यक्ति वा समूहले यसलाई अरु कसैसँग साझा गर्दैन।
- तपाईंले हामीलाई पठाउनुभएका सबै पूरा भएका फारमहरूका प्रतिलिपि राख्नुहोस्। Trillium Community Health Plan तपाईंलाई आवश्यक परेमा प्रतिलिपिहरू पठाउन सक्छ।
- यस फारममा सबै जानकारी भर्नुहोस्। समाप्त भएपछि, यसलाई पृष्ठको तलको ठेगानामा मेल गर्नुहोस्।

सदस्यको जानकारी:

सदस्यको नाम (लेख्नुहोस्): _____

सदस्यको जन्म मिति: ____/____/____ सदस्य [मेडिकेड/मेडिकेयर]को आईडी नम्बर: _____

म Trillium Community Health Plan मेरो स्वास्थ्य जानकारी तल उल्लेख गरिएको व्यक्ति वा समूह (प्राप्तकर्ता) सँग साझेदारी गर्न अनुमति दिन्छु। प्राधिकरणको उद्देश्य मलाई Trillium Community Health Plan लाभ र सेवाहरूको साथ मद्दत गर्नु हो।

प्राप्तकर्ताको जानकारी:

नाम (व्यक्ति वा समूह): _____

ठेगाना: _____

शहर: _____ राज्य: _____ जिल्ला: _____ फोन: (____) _____ - _____

Trillium Community Health Plan यो स्वास्थ्य जानकारी साझेदारी गर्न सक्दछ: (लागू हुने सबै बाकसहरू जाँच गर्नुहोस्)

- ☐ मेरो सबै PHI; वा ☐ मेरो सबै PHI निम्न बाहेक:
- रक्सी/औषधि निदान, उपचार, वा रेफरल
 - एक्वायर्ड इम्युनोडेफिशियन्सी सिन्ड्रोम (AIDS) वा मानव इम्युनोडेफिशियन्सी भाइरस (HIV) जानकारी।
 - व्यवहार स्वास्थ्य सेवाहरू वा मनोवैज्ञानिक हेरचाह जानकारी (मनोचिकित्सा नोटहरू बाहेक)
 - आनुवंशिक परीक्षण जानकारी
 - अन्य _____

प्राधिकरणको समाप्ति मिति: ____/____/____ (रद्द नगरेसम्म प्राधिकरण समाप्त हुने मिति)

सदस्यको हस्ताक्षर: _____ मिति: ____/____/____

(सदस्य वा कानूनी प्रतिनिधि यहाँ हस्ताक्षर गर्नुहोस्)

यदि तपाईं सदस्यको लागि हस्ताक्षर गर्दै हुनुहुन्छ भने, तल तपाईंको सम्बन्ध वर्णन गर्नुहोस्। यदि तपाईं सदस्यको व्यक्तिगत प्रतिनिधि हुनुहुन्छ भने, यसलाई तल वर्णन गर्नुहोस् र हामीलाई ती फारमहरूका प्रतिलिपिहरू पठाउनुहोस् (जस्तै वकीलको शक्ति वा अभिभावकत्वको अदालतको आदेश)।

निम्नलाई मेल गर्नुहोस्: ट्रिलियम सामुदायिक स्वास्थ्य योजना

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

Compliance Toll Free Fax: (1-844) 426-5340

के तपाईंलाई लाग्छ कि Trillium Community Health Plan योजना (TCHP) ले तपाईंलाई अनुचित व्यवहार गरेको छ? ट्रिलियमले राज्य र संघीय नागरिक अधिकार कानूनहरू पालना गर्नुपर्दछ। यसले मानिसहरूलाई आफ्नो कुनै पनि कार्यक्रमहरू वा क्रियाकलापहरूमा अनुचित व्यवहार गर्न सक्दैन किनभने एक व्यक्तिको:

- उमेर
- लैङ्गिक पहिचान
- जाति
- यौन अभिमुखीकरण
- रङ
- वैवाहिक स्थिति
- धर्म
- अपाङ्गता
- राष्ट्रिय
- उत्पत्ति सेक्स

सबैलाई भवनमा प्रवेश गर्ने, बाहिर निस्कने र सेवाहरू प्रयोग गर्ने अधिकार छ। उनीहरूसँग आफूले बुझेको तरिकाले जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार पनि छ। ट्रिलियमले तपाईंको आवश्यकताहरूको बारेमा तपाईंसँग कुरा गरेर नीतिहरू, अभ्यासहरू र प्रक्रियाहरूमा उचित परिवर्तनहरू गर्नेछ।

चिन्ताहरू रिपोर्ट गर्न वा थप जानकारी प्राप्त गर्न, कृपया सदस्य सेवाहरूलाई 541 485 2155 मा सम्पर्क गर्नुहोस्; टोल फ्री: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473, सोमबार देखि शुक्रबार, बिहान 8:00 बजे देखि साँझ 5:00 बजे सम्म। शनिबार, आइतवार, र संघीय बिदाहरू सहित अन्य समयमा तपाईंले भ्वाइस मेल छोड्न सक्नुहुन्छ। हामी तपाईंलाई फोन अर्को व्यावसायिक दिनमा गर्नेछौं। फोन गर्नु नि: शुल्क छ।

तपाईंसँग नागरिक अधिकारका लागि अमेरिकी स्वास्थ्य विभाग र मानव सेवा कार्यालयमा नागरिक अधिकार उजुरी दर्ता गर्ने अधिकार पनि छ। यी मध्ये एक तरिकाले त्यस कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहोस्:

- वेब: www.hhs.gov
- ईमेल: OCRComplaint@hhs.gov
- फोन: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- मेल: 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.