

## Autorização para a divulgação de informações confidenciais de saúde

### Aviso aos membros:

- Ao preencher este formulário, você autoriza a **Trillium Community Health Plan** a compartilhar as suas informações de saúde com a pessoa ou o grupo que você identificou abaixo.
- Não é obrigatório que você assine este formulário ou conceda autorização para que suas informações de saúde sejam compartilhadas. Os seus serviços e benefícios com a **Trillium Community Health Plan** não serão alterados caso você opte por não assinar este formulário.
- Direito de cancelar (revogar): Quando você desejar cancelar este Formulário de Autorização, preencha o Formulário de Revogação e nos envie o documento para o endereço que pode ser encontrado na parte inferior da página.
- A **Trillium Community Health Plan** não pode garantir que a pessoa ou o grupo com o qual você pretende compartilhar as suas informações de saúde não compartilhará essas mesmas informações com terceiros.
- Guarde uma cópia de todos os formulários preenchidos que você nos envie. A **Trillium Community Health Plan** pode enviar cópias, caso seja necessário.
- Preencha todas as informações neste formulário. Ao terminar, envie o documento para o endereço que pode ser encontrado na parte inferior da página.

### Informações aos membros:

Nome do membro (letra de forma): \_\_\_\_\_

Data de nascimento do membro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de identificação do membro [Medicaid/Medicare]: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Trillium Community Health Plan a compartilhar as minhas informações de saúde com a pessoa ou grupo (destinatário) indicados abaixo. O objetivo dessa autorização é obter assistência com os serviços e benefícios da Trillium Community Health Plan.**

### Informações do destinatário:

Nome (pessoa ou grupo): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Telefone: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### A Trillium Community Health Plan pode compartilhar as seguintes informações de saúde: (assinale todas as caixas aplicáveis)

- Todas as minhas informações de identificação pessoal; **OU**
- Todas as minhas informações de identificação pessoal, **EXCETO:**
- Encaminhamentos, tratamentos ou diagnósticos de alcoolismo ou dependência de drogas
  - Informações sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ou o vírus da imunodeficiência humana (HIV)
  - Serviços de saúde comportamental ou informações de cuidados psiquiátricos (exceto observações de psicoterapia)
  - Informações sobre testes genéticos
  - Outras \_\_\_\_\_

**Data de fim da autorização:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data em que a autorização termina, exceto se for cancelada antes)

**Assinatura do membro:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Assinatura do membro ou do representante legal)

Se você está assinando em nome do membro, descreva a sua relação abaixo. Se você for o representante pessoal do membro, descreva a relação abaixo e envie-nos cópias dos formulários (como, por exemplo, uma procuração ou decisão judicial de tutela).

Enviar para: **Trillium Community Health Plan**  
Ao cuidado de: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440  
Fax gratuito para o Departamento de Conformidade: (1-844) 426-5340

## **Você considera que a Trillium Community Health Plan (TCHP) o tratou de forma injusta?**

A Trillium é obrigada a cumprir a legislação de direitos civis a nível estadual e federal. A empresa não pode tratar as pessoas de forma injusta em qualquer um dos seus programas ou atividades, em razão de:

- Idade
- Cor
- Deficiência
- Identidade de gênero
- Estado civil
- Nacionalidade
- Raça
- Religião
- Sexo original
- Orientação sexual

Todos têm direito a entrar, a sair e a utilizar os edifícios e serviços. Todos também têm direito a obter informações de forma compreensível. A Trillium fará alterações nas políticas, práticas e procedimentos através de um diálogo constante com você, de modo a atender às suas necessidades.

Para esclarecer dúvidas ou obter mais informações, entre em contato com o serviço de atendimento aos membros pelo número 541-485-2155; Grátis: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. Em outros horários, incluindo sábado, domingo e feriados federais, é possível deixar uma mensagem no correio de voz. Vamos retornar a sua chamada no dia útil a seguir. A chamada é gratuita.

Você também tem o direito de apresentar uma reclamação relacionada a direitos civis ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos para Direitos Civis dos Estados Unidos. Entre em contato com o departamento das seguintes formas:

- Web: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)
- E-mail: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
- Telefone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- Correio: 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, សេវាជំនួយភ្នែកភាសា 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 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.