

## Idhini ya Kufichua Maelezo Yanayolindwa ya Afya

**Taarifa kwa Mwanachama:**

- Kujaza fomu hii kutairuhusu **Trillium Community Health Plan** kushiriki maelezo yako ya afya na mtu au kikundi unachotambulisha hapa chini.
- Si lazima utie saini kwenye fomu hii au utoe ruhusa ya kushiriki maelezo yako ya afya. Huduma na fidia zako za **Trillium Community Health Plan** hazitabadilika ikiwa hutatia fomu hii saini.
- Haki ya kughairi (batilisha): Wakati ambapo unataka kughairi Fomu hii ya Idhini, jaza Fomu ya Kubatilisha na uitume kwetu kama barua kwa anwani iliyo katika sehemu ya chini ya ukurasa.
- **Trillium Community Health Plan** haiwezi kuahidi kwamba mtu au kikundi unachotaka kupatia maelezo yako ya afya hakitayatoa kwa mtu mwingine.
- Hifadhi nakala ya fomu zote zilizojazwa unazotutumia. **Trillium Community Health Plan** inaweza kukutumia nakala ikiwa unazihitaji.
- Jaza maelezo yote kwenye fomu hii. Ukimaliza, itume kama barua kwa anwani iliyo katika sehemu ya chini ya ukurasa.

**Maelezo ya Mwanachama:**

Jina la Mwanachama (andika): \_\_\_\_\_

Tarehe ya Kuzaliwa ya Mwanachama: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nambari ya Kitambulisho cha [Medicaid/Medicare] cha Mwanachama:

**Ninaipatia Trillium Community Health Plan ruhusa ya kushiriki maelezo yangu ya afya na mtu au kikundi (mpokeaji) kilichotajwa hapa chini. Madhumuni ya idhini hii ni kunisaidia kuhusu fidia na huduma za Trillium Community Health Plan.**

**Maelezo ya Mpokeaji:**

Jina (mtu au kikundi): \_\_\_\_\_

Anwani: \_\_\_\_\_

Jiji: \_\_\_\_\_ Jimbo: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Simu: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Trillium Community Health Plan inaweza kushiriki Maelezo haya ya Afya: (tia alama ya kukubali katika masanduku vote yanayohusika)**

- Maelezo yangu yote yanayolindwa; **AU**  Maelezo yangu yote yanayolindwa **ISIPOKUWA:**
- Utambuzi, matibabu au rufaa za kileo/dawa za kulevyva
  - Maelezo ya Ugonjwa wa Upungufu wa Kinga Mwilini (UKIMWI) au Virusi vya Ukimwi (VVU).
  - Maelezo ya huduma za afya ya kitabia au matibabu ya kiakili (isipokuwa maelezo ya matibabu ya kisaikolojia)
  - Maelezo ya vipimo vya kijenetiki
  - Nyingine

**Tarehe ya Kukamilika kwa Matumizi ya Idhini:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tarehe ambayo idhini itakamilika isipokuwa ikighairiwa)

**Saini ya Mwanachama:** \_\_\_\_\_ Tarehe: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Mwanachama au Mwakilishaji wa Kisheria Anapaswa Kutia Saini Hapa)

Ikiwa unatia saina kwa ajili wa Mwanachama, eleza uhusiano wako naye hapa chini. Ikiwa wewe ni mwakilishaji binafsi wa Mwanachama, fafaua hili hapa chini na ututumie nakala za fomu hizo (kama vile mamlaka ya uwakilishaji au agizo la mahakama la ulezi).

Tuma Barua Kwa: **Trillium Community Health Plan**  
Attn: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440  
Compliance Toll Free Fax: (1-844) 426-5340

**Je, unahisi kwamba Trillium Community Health Plan (TCHP) haijakutendea kwa haki?**

Trillium ni lazima ifuate sheria za serikali na haki za raia. Haiwezi kuwatendea watu bila haki katika yoyote kati ya mipango au shughuli zake kwa sababu ya:

- Umri
- Rang
- Ulemavu
- Utambulisho wa kijinsia
- Hali ya ndoa
- Utaifa
- Umbari
- Dini
- Jinsia Asili
- Mwelekeo wa kijinsia

Kila mtu ana haki ya kuingia, kuondoka au kutumia majengo na huduma. Pia ana haki ya kupata maelezo kwa njia ambayo anaelewa. Trillium itafanya mabadiliko yanayokubalika kwenye sera, mbinu na taratibu kwa kuzungumza nawe kuhusu mahitaji yako.

Ili kuripoti matatizo au kupata maelezo zaidi, tafadhali wasiliana na Huduma za Wanachama kupitia kwa 541-485-2155; Bila Ada: 1-877-600-5472; Kifaa cha Mawasiliano cha Wenye Ulemavu wa Kusikia au Kutamka: 1-877-600-5473, Jumatatu hadi Ijumaa, 8:00 asubuhi hadi 5:00 jioni. Katika nyakati zingine ikiwa ni pamoja na Jumamosi, Jumapili, na likizo za shirikisho unaweza kuacha ujumbe wa sauti. Tutajibu simu yako siku inayofuata ya kazi. Simu hii ni ya bila malipo.

Pia una haki ya kuwasilisha lalamiko la haki za raia katika Ofisi ya Idara ya Afya na Huduma za Binadamu ya Marekani ya Haki za Raia. Wasiliana na ofisi hiyo kwa mojawapo ya njia hizi:

- Tovuti: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)
- Barua pepe: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
- Simu: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (Kifaa cha Mawasiliano cha Wenye Ulemavu wa Kusikia)
- Barua: 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.