

Pahintulot para Magsiwalat ng Protektadong Impormasyon ng Kalusugan

Abiso sa Miyembro:

- Papayagan ng pagkumpleto sa form na ito ang **Trillium Community Health Plan** na ibahagi ang inyong impormasyon sa kalusugan sa tao o grupo na tutukuyin ninyo sa ibaba.
- Hindi ninyo kailangang pirmahan ang form na ito o magbigay ng pahintulot na ibahagi ang inyong impormasyon ng kalusugan. Hindi magbabago ang inyong mga serbisyo at benepisyo sa **Trillium Community Health Plan** kung hindi kayo pipirma sa form na ito.
- Karapatang magkansela (magpapawalang-bisa): Kapag gusto ninyong kanselahin itong Form ng Pahintulot, sagutaan ang Form ng Pagpapawalang-bisa at ipadala ito sa koreo sa address na nasa ilalim ng pahina.
- Ang **Trillium Community Health Plan** ay hindi makapangangako na ang tao o grupo na kung kanino ay gusto ninyong ibahagi ang inyong impormasyon ng kalusugan ay hindi ito ibabahagi sa ibang tao.
- Magtabi ng kopya ng lahat ng natapos na form na ipadadala ninyo sa amin. Maaari kayong padalhan ng **Trillium Community Health Plan** ng mga kopya kung kailangan ninyo ang mga ito.
- Sagutan lahat ng impormasyon sa form na ito. Kapag natapos na, ipadala ito sa koreo sa address na nasa ilalim ng pahina.

Impormasyon ng Miyembro:

Pangalan ng Miyembro (i-print): _____

Petsa ng Kapanganakan ng Miyembro: ____/____/____ Numero ng ID ng Miyembro [Medicaid/Medicare]: _____

Pinahihintulutan ko ang Trillium Community Health Plan na ibahagi ang aking impormasyon ng kalusugan sa tao o grupo (tatanggap) na nakapangalan sa ibaba. Ang layunin ng pahintulot ay upang makatulong sa akin sa mga benepisyo at serbisyon ng Trillium Community Health Plan.

Impormasyon ng Tatanggap:

Pangalan (tao o grupo): _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip: _____ Telepono: (____) _____ - _____

Maaaring ibahagi ng Trillium Community Health Plan itong Impormasyon ng Kalusugan: (i-tsek lahat ng kahon na naaangkop)

☐ Lahat ng aking PHI; ☒ Lahat ng aking PHI **MALIBAN SA:**

- Mga diagnosis, paggamot, o referral sa paggamit ng alak/droga,
- Impormasyon tungkol sa Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) o Human Immunodeficiency Virus (HIV).
- Impormasyon tungkol sa mga serbisyong sa kalusugan ng pag-uugali o pangangalagang saykayatriko (maliban sa mga tala sa psychotherapy)
- Impormasyon tungkol sa pagsusuring henetiko
- Iba pa _____

Petsa ng Pagtatapos ng Pahintulot: ____/____/____ (petsa na magtatapos ang pahintulot maliban kung kinansela)

Pirma ng Miyembro: _____ **Petsa:** ____/____/____

(Pumirma rito ang Miyembro o Legal na Kinatawan)

Kung pumipirma kayo para sa Miyembro, ilarawan ang inyong kaugnayan sa ibaba. Kung kayo ang personal na kinatawan ng Miyembro, ilarawa ito sa ibaba at magpadala sa amin ng mga kopya ng mga form na iyon (gaya ng kapangyarihan ng abogado o utos ng korte ng pagiging tagapag-alaga).

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

Sa palagay ba ninyo ay hindi patas ang pagtrato sa inyo ng Trillium Community Health Plan (TCHP)?

Dapat sumunod ang Trillium sa mga batas sa karapatang sibil ng estado at pederal. Hindi nito magagawang tratuhin ang mga tao nang hindi patas sa anumang programa o aktibidad nito dahil sa:

- Edad
- Pagkakakilanlan ng Kasarian
- Lahi
- Oryentasyong sekswal
- Kulay
- Katayuan ng kasal
- Relihiyon
- Kapansanan
- Pagkamamayan
- Original na Kasarian

May karapatan ang lahat na pumasok, lumabas, at gumamit ng mga gusali at serbisyo. May karapatan din silang makakuha ng impormasyon sa paraan na naiintindihan nila. Gagawa ang Trillium ng mga makatwirang pagbabago sa mga patakaran, kasanayan, at pamamaraan sa pamamagitan ng pakikipag-usap sa inyo tungkol sa inyong mga pangangailangan.

Upang mag-ulat ng mga ikinababahala o para kumuha ng higit pang impormasyon, mangyaring tumawag sa mga Serbisyo sa Miyembro sa 541-485-2155; Libre: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Maaari kayong mag-iwan ng mensahe sa ibang pagkakataon, kasama ang Sabado, Linggo at mga bakasyon ng pederal. Tatawagan namin kayo sa susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

May karapatan din kayo na magsampa ng reklamo sa karapatang sibil sa Opisina ng mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Kalusugan at mga Serbisyong Pantao ng U.S. Makipag-ugnayan sa opisinang iyon gamit ang isa sa mga paraang ito:

- Web: www.hhs.gov
- Email: OCRComplaint@hhs.gov
- Telepono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- Koreo: 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 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.