

การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพใ้บริการคุ้มครอง

หมายเหตุถึงสมาชิก:

- การกรอกแบบฟอร์มหมายความว่าความวาคณอนุญาตให้ Trillium Community Health Plan แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของคุณแก่บุคคลหรือกลุ่มที่ควรระวังไว้ด้านล่าง
- คุณไม่จำเป็นต้องลงชื่อในแบบฟอร์มหรือยินยอมให้แบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพของคุณ หาก你不ลงนามในแบบฟอร์มการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ของ Trillium Community Health Plan ของคุณจะไม่เปลี่ยนแปลง
- สิทธิในการยกเลิก (เพิกถอน): กรอกแบบฟอร์มคำขอเพิกถอนและส่งถึงเราทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างของหน้า หากคุณต้องการยกเลิกแบบฟอร์มการขออนุญาต
- Trillium Community Health Plan ไม่สามารถรับประกันได้ว่าบุคคลหรือองค์กรที่ต้องการแบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพของคุณจะไม่แบ่งปันข้อมูลดังกล่าวกับบุคคลอื่น
- โปรดเก็บสำเนาแบบฟอร์มทั้งหมดซึ่งกรอกเรียบร้อยแล้วที่คุณส่งถึงเราเอาไว้ Trillium Community Health Plan สามารถส่งสำเนาให้คุณได้ หากต้องการ
- โปรดกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มให้ครบถ้วน เมื่อกรอกครบถ้วนแล้ว โปรดส่งไปยังที่อยู่ด้านล่างของหน้าทางไปรษณีย์

ข้อมูลของสมาชิก:

ชื่อสมาชิก (ตัวบรรจง): _____

วันเดือนปีเกิดของสมาชิก: ____/____/____ หมายเลขประจำตัวสมาชิก [Medicaid/Medicare]: _____

ฉันอนุญาตให้ Trillium Community Health Plan เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของฉันต่อบุคคลหรือกลุ่ม (หรือตามรายการด้านล่าง) วัตถุประสงค์ของการอนุญาตคือ เพื่อช่วยเหลือฉันเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และบริการของ Trillium Community Health Plan

ครอบครัว:

ชื่อ (บุคคลหรือกลุ่ม): _____

ที่อยู่: _____

เมือง: _____ รัฐ: _____ รหัสไปรษณีย์: _____ หมายเลขโทรศัพท์: (____) ____ - _____

Trillium Community Health Plan อาจเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพต่อไปนี้: (เลือกช่องที่เกี่ยวของทั้งหมด)

☐ PHI ของฉันทั้งหมด, หรือ ☐ PHI ของฉันทั้งหมด ยกเว้น:

- ☐ การวินิจฉัย การรักษา หรือการส่งต่อเข้ารับการรักษาตามสรีรศาสตร์หรือสารเสพติด
- ☐ ข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่องในมนุษย์ (HIV) หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)
- ☐ ข้อมูลเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพพฤติกรรมหรือการดูแลด้านจิตเวช (ยกเว้นบันทึกด้านจิตบำบัด)
- ☐ ข้อมูลการตรวจทางพันธุกรรม
- ☐ อื่นๆ _____

วันหมดอายุการอนุญาต: ____/____/____ (วันทำการอนุญาตสิ้นสุด เว้นแต่จะได้รับการยกเลิก)

ลายเซ็นสมาชิก: _____ วันที่: ____/____/____

(ตัวแทนสมาชิกหรือตัวแทนทางกฎหมาย โปรดลงนามแทน)

หากคุณลงนามในนามของสมาชิก โปรดอธิบายความสัมพันธ์ของคุณด้านล่าง โปรดอธิบายด้านล่างหากคุณเป็นตัวแทนส่วนบุคคลของสมาชิก และส่งสำเนาแบบฟอร์มเหล่านี้ถึงเรา (เช่น หนังสือมอบอำนาจหรือคำสั่งคุ้มครองจากศาล)

ส่งถึง: **Trillium Community Health Plan**

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

โทรสารแบบเก็บเงินปลายทางตามข้อกำหนด: (1-844) 426-5340

คนเชื่อว่าคนใดรับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจาก Trillium Community Health Plan (TCHP) หรือไม่ Trillium ต้องปฏิบัติตามกฎหมายสหพันธรัฐและรัฐบาลกลาง ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อผู้ใด ในกิจกรรมหรือโปรแกรมใดๆ เนื่องจาก:

- | | | | |
|-------------|-------------------|---------------|-----------|
| • อายุ | • อุดมการณ์ทางเพศ | • เชื้อชาติ | • เพศวิถี |
| • สผิว | • สถานภาพการสมรส | • ศาสนา | |
| • ความพิการ | • สัญชาติ | • เพศแดกกาเนด | |

ทุกคนมีสิทธิเข้า ออก ใช้อาคารและบริการต่างๆ นอกจากนั้น ทุกคนยังมีสิทธิได้รับข้อมูลในรูปแบบที่ตนเข้าใจ Trillium จะทำการปรับเปลี่ยนนโยบาย แนวทางปฏิบัติ และขั้นตอนตามสมควรโดยหาข้อเท็จจริงความเป็นจริง

หากต้องการร้องเรียนหรือขอข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกหมายเลข 541-485-2155
หมายเลขเบรกดวงสายทาง: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473 วันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น.
คุณสามารถฝากข้อความเสียงในเวลาอื่นใด เช่น วันเสาร์ วันอาทิตย์ และวันหยุดราชการ เราจะโทรกลับมาหาคุณในวันทำการถัดไป สายดังกล่าวเป็นบริการโทรศัพท์

คุณยังสามารถร้องทุกข์เกี่ยวกับสหพันธรัฐติดต่อสำนักงานสหพันธรัฐ กระทรวงบริการด้านสุขภาพและมนุษย์แห่งสหรัฐอเมริกา ติดต่อสำนักงานดังกล่าวด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้:

- เว็บไซต์: www.hhs.gov
- อีเมล: OCRComplaint@hhs.gov
- โทรศัพท์: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- ไปรษณีย์: 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.