

Дозвіл на розкриття захищеної інформації про стан здоров'я

Повідомлення для учасника:

- Заповнення цієї форми надасть плану **Trillium Community Health Plan** дозвіл на передачу інформації про стан вашого здоров'я особі чи групі, яких ви вкажете нижче.
- Ви не зобов'язані підписувати цю форму або надавати дозвіл на передачу інформації про стан вашого здоров'я. Послуги та пільги, які ви отримуєте від плану **Trillium Community Health Plan**, не зміняться, якщо ви не підпишете цю форму.
- Право на скасування (відкликання): якщо ви згодом захочете скасувати цей дозвіл, заповніть форму відкликання та надішліть її нам поштою на адресу, зазначену внизу сторінки.
- План **Trillium Community Health Plan** не може гарантувати, що особа або група, яким ви дозволите передавати інформацію про стан вашого здоров'я, не поділяться нею ще з кимось.
- Зберігайте копії всіх надісланих нам заповнених форм. План **Trillium Community Health Plan** може надіслати вам копії, якщо вони знадобляться вам.
- Заповніть усі поля в цій формі. Після цього надішліть заповнену форму поштою на адресу, зазначену внизу сторінки.

Інформація про учасника:

ПІБ учасника (друкованими літерами): _____

Дата народження учасника: ____/____/____ Ід. № учасника [Medicaid/Medicare]: _____

Я надаю плану Trillium Community Health Plan дозвіл на передачу інформації про стан мого здоров'я особі чи групі (одержувачу), зазначеним нижче. Метою цього дозволу є сприяння в отриманні мною пільг та послуг, що пропонуються планом Trillium Community Health Plan.

Інформація про одержувача:

ПІБ особи або назва групи: _____

Адреса: _____

Місто: _____ Штат: _____ Індекс: _____ Телефон: (____) _____ - _____

План Trillium Community Health Plan може передавати таку інформацію про стан мого здоров'я (позначте всі необхідні варіанти):

- ☐ Будь-яку мою захищену законом інформацію про здоров'я; **АБО** ☐ Будь-яку мою захищену законом інформацію про здоров'я, **ЗА ВИНЯТКОМ** такої інформації:

- ☐ Діагноз, лікування або направлення на лікування з приводу алкоголізму/наркоманії
- ☐ Інформація про синдром набутого імунodefіциту (СНІД) або вірус імунodefіциту людини (ВІЛ).
- ☐ Інформація про послуги у сфері психологічного здоров'я або психіатричної допомоги (окрім зауважень психотерапевта)
- ☐ Інформація про генетичне тестування
- ☐ Інше _____

Дозвіл дійсний до: ____/____/____ (дата закінчення дії цього дозволу, якщо він не був вже скасований)

Підпис учасника: _____ Дата: ____/____/____

(Місце для підпису учасника або його законного представника)

Якщо ви підписуєте документ від імені учасника, вкажіть, ким він (вона) вам доводиться, нижче. Якщо ви є особистим представником учасника, вкажіть це нижче та надішліть нам копії відповідних документів (наприклад, доручення або наказу суду про призначення опікуна).

Надішліть поштою за адресою: **Trillium Community Health Plan**
Адресат: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440 (Юджин, Орегон)
Безкоштовний номер факсу відділу комплаєнсу: (1-844) 426-5340

Вважаєте, що зазнали несправедливого поводження з боку плану Trillium Community Health Plan (ТСНР)?

Trillium зобов'язаний дотримуватися законів штату та федеральних законів щодо захисту цивільних прав. Trillium не має права поводитися з людьми, які беруть участь у його програмах або заходах, несправедливо за будь-якою з таких ознак:

- Вік
- Гендерна ідентичність
- Раса
- Сексуальна орієнтація
- Колір шкіри
- Сімейний стан
- Релігія
- Інвалідність
- Країна походження
- Стать

Будь-яка людина має право входу, виходу та користування будівлями та послугами плану. Будь-яка людина має право на отримання інформації в зрозумілій їй формі. Обговоривши з вами ваші потреби, Trillium внесе відповідні зміни у свої правила, практики та процедури.

Щоб повідомити про проблему або отримати додаткову інформацію, зверніться до відділу обслуговування учасників за телефоном 541-485-2155; Безкоштовна лінія: 1-877-600-5472; ТТУ: 1-877-600-5473 з понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00. У будь-який інший час, зокрема в суботу та неділю, а також під час федеральних свят, ви можете залишити голосове повідомлення. Ми перетелефонуємо вам наступного робочого дня. Дзвінки безкоштовні.

Ви також маєте право подати скаргу щодо порушення цивільних прав в Управління цивільних прав Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення США. Зв'яжіться з Управлінням одним з таких способів:

- Через інтернет: www.hhs.gov
- Електронною поштою: OCRComplaint@hhs.gov
- За телефоном: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- Поштою: 200 Independence Ave., SW, Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201 (Вашингтон, округ Колумбія)

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, សេវាជំនួយភាសា 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.