

## تحفظ حاصل شدہ صحت کی معلومات کے افشا کرنے کا اجازت نامہ

**میمبر کے لیے نوٹس:**

- اس فارم کو مکمل کرنے سے **Trillium Community Health Plan** کو یہ اجازت مل جائے گی کہ وہ آپ کی جانب سے نشاندہی کردہ مندرجہ ذیل فرد یا گروہ کے ساتھ آپ کی صحت کی معلومات شیئر کرے۔
- یہ لازمی نہیں ہے کہ آپ اس فارم پر دستخط کریں یا اپنی صحت کی معلومات شیئر کرنے کی اجازت دیں۔ اگر آپ اس فارم پر دستخط نہیں کریں گے تو اس سے **Trillium Community Health Plan** میں موجود آپ کی خدمات اور فوائد میں کوئی تبدیلی نہیں آئے گی۔
- رد کرنے کا حق (منسوخ): جب آپ اس اجازت نامے کے فارم کو منسوخ کرنا چاہیں، تو منسوخی فارم کو پر کریں اور اس صفحہ کے آخر میں موجود پتے پر ہمیں بھیج دیں۔
- **Trillium Community Health Plan** اس بات کی ضمانت نہیں دے سکتا کہ جس فرد یا گروہ سے آپ اپنی صحت کی معلومات شیئر کرنا چاہتے ہیں وہ یہ معلومات دوسروں کے ساتھ شیئر نہیں کرے گا۔
- آپ ہمیں جتنے بھی فارم بھیجیں ان تمام کی نقول اپنے پاس بھی سنبھال کر رکھیں۔ اگر آپ کو ضرورت پڑے تو **Trillium Community Health Plan** آپ کو ان کی نقول بھی بھیج سکتا ہے۔
- اس فارم میں تمام معلومات پر کریں۔ جب مکمل ہو جائے تو اس صفحہ کے آخر میں موجود پتہ پر بھیج دیں۔

**رکن کی معلومات:**

میمبر کا نام (پرنٹ): \_\_\_\_\_

میمبر کی تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ میمبر [Medicaid/Medicare] آئی ڈی نمبر: \_\_\_\_\_

میں کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ مندرجہ ذیل نام والے فرد یا گروہ (وصول کنندہ) کو میری صحت کی معلومات فراہم کرے۔ اس اجازت نامے کا مقصد **Trillium Community Health Plan** میں میرے فوائد اور خدمات کے سلسلے میں میری مدد کرنا ہے۔

**وصول کنندہ کی معلومات:**

نام (فرد یا گروہ): \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_

شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ: \_\_\_\_\_ فون: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Trillium Community Health Plan صحت کی یہ معلومات فراہم کر سکتا ہے: (ان تمام خانوں پر ٹک کا نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہو)**

میرے تمام PHI:  یا  کے علاوہ PHI:

- الکوحل/منشیات کی تشخیص، علاج معالجہ یا ریفرل
- اکوائرڈ امیونوڈیفینسنسی سنڈروم (ایڈز) یا ہیومن امیونوڈیفینسنسی وائرس (HIV) کی معلومات
- رویوں کی صحت یا خدمات یا نفسیاتی نگہداشت کی معلومات (سوائے سائیکوتھریپی نوٹس کے)
- جینیاتی ٹیسٹنگ کی معلومات
- دیگر

اجازت نامے کے اختتام کی تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (وہ تاریخ جس پر اجازت نامہ ختم ہو جائے گا، تاوقتیکہ اس کو منسوخ نہ کیا جائے)

میمبر کی دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(میمبر یا قانونی نمائندہ یہاں پر دستخط کرے)

اگر آپ میمبر کی جانب سے دستخط کر رہے ہیں تو نیچے اس کے ساتھ اپنے رشتے کی وضاحت کریں۔ اگر آپ میمبر کے ذاتی نمائندے ہیں، تو نیچے اس کی وضاحت کریں اور ہمیں ان فارمز کی نقول بھیجیں (مثلاً پاور آف اٹارنی یعنی مختیار نامہ یا سرپرست کا عدالتی حکم)۔

یہاں پر بھیجیں: **Trillium Community Health Plan**

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

کمپلائنس ٹال فری فیکس: (1-844) 426-5340

کیا آپ سمجھتے ہیں کہ **Trillium Community Health Plan (TCHP)** میں آپ کے ساتھ نامناسب رویہ اپنا یا گیا ہے؟  
Trillium پر ریاستی اور وفاقی شہری حقوق کے قوانین پر عمل کرنا لازم ہے۔ وہ اپنے پروگراموں یا سرگرمیوں مندرجہ ذیل اسباب کے باعث لوگوں کے ساتھ نامناسب رویہ نہیں اپنا سکتی۔

- عمر
- جنسی شناخت
- جنسی سمت بندی
- رنگ
- شادی کی حیثیت
- مذہب
- معذوری
- قومیت
- اصل جنس
- نسل

ہر ایک کو حق حاصل ہے کہ وہ خدمات اور عمارات میں داخل ہو، نکلے اور ان کو استعمال کرے۔ ان کو یہ حق بھی حاصل ہے کہ وہ اس صورت میں معلومات حاصل کریں جس میں وہ سمجھ پائیں۔ آپ کی ضروریات کے بارے میں آپ بات کرنے کے بعد Trillium اپنی پالیسیوں، عمل اور طریقہ کار میں معقول تبدیلیاں کرے گی۔

اپنے خدشات کا اظہار کرنے یا مزید معلومات کے لیے براہ مہربانی میمبر سروس کے اس نمبر پر کال کریں 541-485-2155؛  
ٹال فری: 1-877-600-5473; TTY: 1-877-600-5472; پیر تا جمعہ صبح 8:00 بجے تا شام 5:00 بجے تک۔ دیگر اوقات بشمول ہفتہ، اتوار اور وفاقی چھٹیوں میں آپ وائس میل چھوڑ سکتے ہیں۔ ہم اس کے بعد آنے والے کاروباری دن پر آپ کو واپس کال کریں گے۔ کال مفت ہے۔

آپ کو یو۔ ایس ڈپارٹمنٹ آف ہیلتھ اینڈ ہیومن سروسز آفس فار سول رائٹس کے پاس شہری حقوق کی شکایت درج کروانے کا بھی حق حاصل ہے۔ ان میں سے کسی طریقے سے دفتر سے رابطہ کریں:

- ویب: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)
- ای میل: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
- فون: (TDD) 1-800-537-7697, 1-800-368-1019
- ڈاک کے ذریعے: 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.