

## Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

**Thông Báo Gửi Hội Viên:**

- Việc hoàn tất biểu mẫu này sẽ cho phép **Trillium Community Health Plan** chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với người hoặc nhóm người mà quý vị xác định ở dưới đây.
- Quý vị không phải ký vào biểu mẫu này hay cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Dịch vụ và quyền lợi của quý vị với **Trillium Community Health Plan** sẽ không thay đổi nếu quý vị ký vào biểu mẫu này.
- Quyền hủy bỏ (thu hồi): Khi quý vị muốn hủy bỏ Mẫu Cho Phép này, hãy điền vào Mẫu Thu Hồi và gửi cho chúng tôi qua đường bưu điện tới địa chỉ ghi ở phía dưới trang này.
- **Trillium Community Health Plan** không thể cam kết rằng người hoặc nhóm người mà quý vị muốn chia sẻ thông tin sức khỏe của mình sẽ không chia sẻ thông tin đó với người khác.
- Hãy lưu một bản sao của tất cả các biểu mẫu đã hoàn tất mà quý vị gửi cho chúng tôi. **Trillium Community Health Plan** có thể gửi bản sao cho quý vị nếu quý vị cần.
- Điền tất cả thông tin trên biểu mẫu này. Khi hoàn thành, hãy gửi qua đường bưu điện tới địa chỉ ghi ở phía dưới trang này.

**Thông Tin Hội Viên:**

Tên Hội Viên (in hoa): \_\_\_\_\_

Ngày Sinh của Hội Viên: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Số ID [Medicaid/Medicare] của Hội Viên: \_\_\_\_\_

**Tôi cho phép Trillium Community Health Plan chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với người hoặc nhóm người (người nhận) được nêu tên ở dưới đây. Mục đích của giấy cho phép này là để giúp tôi nhận các quyền lợi và dịch vụ của Trillium Community Health Plan.**

**Thông Tin Người Nhận:**

Tên (người hoặc nhóm người): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Bưu Chính: \_\_\_\_\_ Điện Thoại: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Trillium Community Health Plan có thể chia sẻ Thông Tin Sức Khỏe sau: (đánh dấu tất cả các ô áp dụng)**

- Tất cả PHI của tôi;      **HOẶC**       Tất cả PHI của tôi **NGOẠI TRỪ:**
- Chẩn đoán, điều trị hoặc thư giới thiệu điều trị nghiện rượu/ma túy
  - Thông tin về Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS) hay Vi-rút Gây Suy Giảm Miễn Dịch Ở Người (HIV).
  - Dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc thông tin về chăm sóc tâm thần (ngoại trừ ghi chú trị liệu tâm lý)
  - Thông tin xét nghiệm di truyền
  - Khác \_\_\_\_\_

**Ngày Kết Thúc Việc Cho Phép:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ngày kết thúc việc cho phép trừ trường hợp hủy bỏ)

**Chữ Ký của Hội Viên** \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Hội Viên Hoặc Người Đại Diện Theo Pháp Luật Ký Vào Đây)

Nếu quý vị ký thay cho Hội Viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị ở bên dưới. Nếu quý vị là người đại diện cá nhân của Hội Viên, hãy mô tả điều này ở bên dưới và gửi cho chúng tôi bản sao của biểu mẫu liên quan (ví dụ như giấy ủy quyền hay lệnh giám hộ của tòa).

**Gửi Thư Qua Đường Bưu Điện: Trillium Community Health Plan**

Người nhận: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440

Gửi Fax Tới Số Miễn Cước: (1-844) 426-5340

## **Quý vị có cho rằng Trillium Community Health Plan (TCHP) đã đối xử bất công với quý vị không?**

Trillium phải tuân thủ pháp luật về quyền công dân của liên bang và tiểu bang. Trillium không được đối xử bất công với một người tham gia bất cứ chương trình hay hoạt động nào của Trillium bởi đặc điểm sau đây của người đó:

- Độ tuổi
- Bản dạng giới
- Chủng tộc
- Khuynh hướng tình dục
- Màu da
- Tình trạng hôn nhân
- Tôn giáo
- Khuyết tật
- Quốc gia xuất sứ
- Giới tính

Mọi người đều có quyền ra vào và sử dụng tòa nhà và các dịch vụ. Họ cũng có quyền được nhận thông tin theo cách mà họ hiểu được. Trillium sẽ thực hiện những thay đổi hợp lý về chính sách, biện pháp thực hành và quy trình thủ tục sau khi nói chuyện với quý vị về nhu cầu của quý vị.

Để báo cáo mối lo ngại hay để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên theo số 541-485-2155; Số Miễn Cước: 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Vào những thời điểm khác – kể cả Thứ Bảy, Chủ Nhật và ngày quốc lễ – quý vị có thể để lại thư thoại. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này được miễn phí.

Quý vị cũng có quyền gửi khiếu nại về quyền công dân lên Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Liên hệ với văn phòng này bằng một trong những cách sau:

- Trang web: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)
- Email: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
- Điện Thoại: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- Đường Bưu Điện: 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: បរើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, បសវន៍នួយខ្លួនកភាសា បោយមិនគិតគ្រួល គឺអាចមានសំរាប់បរើអ្នក។ 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.

**(Farsi) 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: ถ้า คุณพูด ภาษาไทยคุณสามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาไดฟ รี โทร. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.