

Revocación de autorización para divulgar información de salud

(Conserve este formulario y úselo cuando desee cancelar su autorización)

Deseo cancelar o revocar el permiso que le otorgué a **Trillium Community Health Plan** para compartir mi información de salud con esta persona o grupo:

Información del destinatario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Fecha de firma de la autorización (si la conoce): ____/____/____

Información del afiliado:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: ____/____/____ Número de identificación de Medicaid del afiliado: _____

Comprendo que es posible que mi información de salud ya se haya compartido, dado que otorgué mi permiso anteriormente. Asimismo, comprendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para compartir mi información de salud con esta persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que se comparta mi información de salud con otra persona o grupo.

Firma del afiliado: _____ **Fecha:** ____/____/____
(El afiliado o el representante legal deben firmar aquí)

Si firma en nombre del afiliado, describa la relación que los une a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder notarial o una orden judicial de tutela).

Trillium Community Health Plan dejará de compartir su información de salud cuando recibamos este formulario. Use la dirección postal que figura debajo. También puede solicitar ayuda al número que figura debajo.

Enviar por correo a: **Trillium Community Health Plan**
Attn: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440
Número de fax gratuito del Departamento de Cumplimiento Normativo: (1-844) 426-5340

¿Cree que Trillium Community Health Plan (TCHP) lo ha tratado injustamente?

Trillium tiene que obedecer leyes federales y estatales sobre derechos civiles. No puede tratar a las personas injustamente en ninguno de sus programas o actividades por lo siguiente:

- Edad
- Identidad de género
- Raza
- Orientación sexual
- Color
- Estado civil
- Religión
- Discapacidad
- Origen
- Sexo

Todas las personas tienen derecho a entrar, salir y hacer uso de las instalaciones y los servicios. También tienen derecho a recibir información de una manera en la que puedan entenderla. Trillium hará cambios razonables a políticas, prácticas y procedimientos luego de hablar con usted sobre sus necesidades.

Para informar sobre inquietudes o para obtener más información, por favor, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los Afiliados de Trillium al 541-485-2155, de forma gratuita al 1-877-600-5472, TTY: 1-877-600-5473, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Fuera de ese horario, incluso sábados, domingos y días feriados, puede dejar un mensaje de voz. Le devolveremos la llamada el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

También tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Póngase en contacto con esa oficina de las siguientes formas:

- Sitio web: www.hhs.gov
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- Correo: 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、電話でご連絡ください

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.

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد. فراهم می باشد. 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.