

披露受保護健康資訊 (PHI) 之授權書



會員須知：

- 填寫本表即表示允許 **Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan))** (i) 出於特定目的使用您的健康資訊，和/或 (ii) 向您在本表中確認的個人或機構披露您的健康資訊。
- 您並非必須簽署本表，或授權使用或披露您的健康資訊。即使不簽署本表，您透過 **Health Net Community Solutions, Inc.** 獲取的服務和福利亦不會有變化。
- 取消（撤銷）的權利：本授權/同意書可以隨時撤銷，但 **Health Net Community Solutions, Inc.** 或已根據您的授權合法持有您允許披露的健康資訊的其他人除外。如果您要撤銷本授權書，請填寫最後一頁的撤銷表，並郵寄到頁面底部的地址。
- **Health Net Community Solutions, Inc.** 無法保證，您同意我們向之披露健康資訊的個人或團體不會將該資訊再次披露給其他人。
- 請保留寄送給我們的所有填妥表格的副本。如有需要，我們可以向您寄送副本。
- 請填寫本表上的所有資訊。完成後，將本表郵寄至第二頁底部的地址。

會員資訊

會員姓名（正楷）：

會員出生日期：

____/____/____

會員 ID 號：

本人允許 **Health Net Community Solutions, Inc.** 出於特定目的使用我的健康資訊，或向下述個人或團體披露我的健康資訊。授權的目的是：

讓 **Health Net Community Solutions, Inc.** 幫助我獲得福利和服務，或

允許 **Health Net Community Solutions, Inc.** 出於以下目的使用或披露我的健康資訊：

（續）

Health Net Community Solutions, Inc. 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約並為參保人提供這兩項計劃的福利的保健計劃。Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, Inc. 的附屬機構，Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標誌。保留所有權利。

FRM019507CC00 (11/17)

披露受保護健康資訊 (PHI) 之授權書

接收資訊的個人或團體			
名稱 (個人或團體) :			
地址 :			
城市 :	州 :	郵遞區號 :	電話 : () -
本人授權 Health Net Community Solutions, Inc. 使用或披露以下健康資訊 :			
<input type="checkbox"/> 我的所有健康資訊 (包括基因資訊、服務或測試結果; HIV/AIDS 資料和記錄; 精神健康資料和記錄 (但不包括心理治療記錄); 處方藥/藥物資料和記錄; 以及藥物及酒精資料和記錄 (請說明任何可披露的藥物濫用障礙資訊)) ;			
<input type="checkbox"/> 我的所有健康資訊, 但下述資訊除外 (勾選所有適用的方塊) :			
<input type="checkbox"/> 基因資訊、服務或測試			
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS 資料和記錄			
<input type="checkbox"/> 藥物及酒精資料和記錄			
<input type="checkbox"/> 精神健康資料和記錄 (但不包括心理治療記錄)			
<input type="checkbox"/> 處方藥/藥物資料和記錄			
<input type="checkbox"/> 其他 : _____			
授權期限			
本授權書將於 _____ / _____ / _____ (年/月/日) 過期, 有效期最長一年。如果此處不提供日期, 本授權書自下方所列日期起一年內有效。			
會員簽名 (會員或法定代表在此簽名) :			日期 : _____ / _____ / _____
如果您代表該會員簽名, 請在下方說明你們的關係。如果您是會員的個人代表, 請在下方說明並向我們寄送相關表格的副本 (例如授權書或監護權證明) 。 _____			
將填妥的表格郵寄至 :			
Health Net, Inc. Privacy Office PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409 電話 : 1-855-464-3571 (Los Angeles) 或 1-855-464-3572 (San Diego) (聽障專線 : 711) , 傳真 : (818) 676-8314			

(續)

Health Net Community Solutions, Inc. 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約並為參保人提供這兩項計劃的福利的保健計劃。Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, Inc. 的附屬機構, Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標誌。保留所有權利。

披露受保護健康資訊 (PHI) 之授權書

接收資訊的其他個人或機構

註：如果您同意將任何藥物濫用記錄披露給某資訊接收方，而該資訊接收方既不是第三方付款方，也不是您可從治療提供者處接受服務的醫療護理提供者、機構或計劃，如健康保險市場或研究機構（以下稱「接收方機構」），則您必須指定您透過該接收方機構獲取治療提供者服務的個人或機構名稱，或告知可將您的藥物濫用記錄披露給該接收方機構內哪些您的當前和未來治療提供者。

名稱（個人或機構）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：

()

-

名稱（個人或機構）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：

()

-

名稱（個人或機構）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：

()

-

將填妥的表格郵寄至：

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

電話：1-855-464-3571 (Los Angeles) 或 1-855-464-3572 (San Diego)（聽障專線：711），

傳真：(818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約並為參保人提供這兩項計劃的福利的保健計劃。Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, Inc. 的附屬機構，Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標誌。保留所有權利。

披露受保護健康資訊之授權撤銷



本人想取消或撤銷對 Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) 出於特定目的使用或向個人或團體披露我的健康資訊之授權。

接收該資訊的個人或團體			
名稱（個人或團體）：			
地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	電話： () -
授權簽署日期（如已知）：_____ / _____ / _____			
會員資訊			
會員姓名（正楷）：			
會員出生日期： / /	會員 ID 號：		
本人瞭解，由於我之前的授權，我的健康資訊（如適用，包括藥物濫用失調記錄）可能已經被使用或披露。本人亦瞭解，此撤銷僅適用於出於其他目的使用或向其他個人或團體披露我的健康資訊之授權。它不能撤銷我已簽署的出於其他目的使用或向其他個人或團體披露我的健康資訊之任何其他授權表。			
會員簽名（會員或法定代表在此簽名）：		日期： _____ / _____ / _____	
如果您代表該會員簽名，請在下方說明你們的關係。如果您是會員的個人代表，請在下方說明並向我們寄送相關表格的副本（例如授權書或監護權證明）。			

我們收到並處理此表後，Health Net Community Solutions, Inc. 將停止使用或披露您的健康資訊。請使用下方的郵寄地址。您也可以撥打下方號碼尋求幫助。

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

電話：1-855-464-3571 (Los Angeles) 或 1-855-464-3572 (San Diego)（聽障專線：711），

傳真：(818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約並為參保人提供這兩項計劃的福利的保健計劃。Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, Inc. 的附屬機構，Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標誌。保留所有權利。

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

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。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈւՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակրի անվճար ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).