

## مجوز افشای اطلاعات محافظت شده مربوطه به سلامتی (PHI)

### قابل توجه عضو محترم:

- تکمیل این فرم به Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) اجازه می دهد تا (1) از اطلاعات مربوط به سلامتی شما برای یک منظور خاص استفاده کرده، و یا (2) اطلاعات مربوط به سلامتی شما را با یک شخص یا نهاد دیگر که شما در این فرم مشخص می کنید به اشتراک بگذارد.
- شما مجبور نیستید تا این فرم را امضاء کرده و یا برای استفاده و یا به اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به سلامت خود مجوز صادر کنید. در صورتی که این فرم را امضاء نکنید خدمات و مزایای ارائه شده به شما توسط Health Net Community Solutions, Inc. دچار تغییر نمی شود.
- حق لغو (ابطال): این مجوز/ رضایت نامه به استثنای میزانی که Health Net Community Solutions, Inc. یا دارنده دیگر اطلاعات مربوط به سلامتی شما که از حق به اشتراک گذاری آن برخوردار می باشد تا بحال با انکاء به آن اقدام کرده است، می تواند در هر زمان لغو شود اگر مایل هستید تا این فرم مجوز را لغو کنید، فرم لغو مجوز موجود در صفحه آخر را پر کرده و آن را به آدرس ذکر شده در پائین صفحه پست کنید.
- Health Net Community Solutions, Inc. نمی تواند قول دهد فرد یا گروهی شما به ما اجازه داده اید تا اطلاعات مربوط به سلامت شما را با آنها به اشتراک بگذاریم آن اطلاعات را با فرد دیگری به اشتراک نخواهند گذاشت.
- یک نسخه از فرم تکمیل شده ای که برای ما ارسال می کنید را نزد خود نگهداری کنید. ما می توانیم در صورت نیاز نسخه هایی از این فرم را برای شما ارسال کنیم.
- تمامی اطلاعات درخواست شده در این فرم را تکمیل کنید. هنگامی که پر کردن فرم به اتمام رسید، آن را به آدرس ذکر شده در پائین صفحه دوم ارسال کنید.

### اطلاعات عضو

نام عضو (نوشته شود):

شماره شناسایی عضویت:

تاریخ تولد عضو: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

اینجانب به Health Net Community Solutions, Inc. اجازه می دهم تا از اطلاعات مربوط به سلامتی من به قصد مشخص شده و یا برای به اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به سلامتی من با فرد یا گروه های ذکر شده زیر استفاده کند. قصد از صدور این مجوز عبارت است از:

- اجازه دادن به Health Net Community Solutions, Inc. برای کمک به من در زمینه مزایا و خدمات من، یا
- اجازه دادن به Health Net Community Solutions, Inc. برای استفاده از اطلاعات مربوط به سلامتی من و یا با اشتراک گذاری آنها به منظور

(ادامه دارد)

Health Net Community Solutions, Inc. یک طرح سلامت است که برای ارائه مزایای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان با آن دو دارای قرارداد می باشد. Health Net Community Solutions, Inc. یک شرکت تابعه Health Net, Inc. می باشد. Health Net علامت تجاری خدماتی ثبت شده متعلق به Health Net, Inc. می باشد. تمام حقوق محفوظ می باشد.

## مجوز افشای اطلاعات محافظت شده مربوطه به سلامتی (PHI)

## شخص یا گروهی که اطلاعات را دریافت می کند

نام (شخص یا گروه):

آدرس:

شهر:

ایالت:

زیپ کد:

تلفن:

( ) -

اینجانب به Health Net Community Solutions, Inc. اجازه می دهم تا این اطلاعات مربوط به سلامتی من را مورد استفاده قرار داده و یا به اشتراک بگذارد:

تمامی اطلاعات مربوط به سلامتی من (شامل اطلاعات ژنتیکی، خدمات یا نتایج آزمایشات؛ داده ها و سوابق مربوط به اچ آی وی/ایدز؛ داده ها و سوابق مربوط به سلامت ذهنی (به استثنای یادداشت های روان درمانی)؛ داده ها و سوابق مربوط به داروها و درمان های تجویزی؛ و داده ها و سوابق مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل (لطفا هر گونه اطلاعات مربوط به اختلال استفاده از مواد که می تواند افشاء شود را مشخص کنید)

؛(\_\_\_\_\_)

تمامی اطلاعات مربوط به سلامتی من **بغیر از** (موارد مورد نظر خود را علامت بزنید):

اطلاعات ژنتیکی، خدمات یا آزمایشات

داده ها و سوابق مربوط به اچ آی وی/ایدز

داده ها و سوابق مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل

داده ها و سوابق مربوط به سلامت ذهنی (به استثنای یادداشت های روان درمانی)

داده ها و سوابق مربوط به داروها و درمان های تجویزی

سایر موارد:

## انقضای مجوز

این مجوز در تاریخ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (سال/ماه/روز) منقضی شده و حداقل برای یک سال معتبر می باشد. در صورتی که در اینجا تاریخ ارائه شده باشد، این مجوز یک سال از تاریخ ذکر شده زیر منقضی می شود.

امضای عضو (عضو یا نماینده قانونی وی اینجا را امضاء نماید):

تاریخ:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

اگر شما این برگه را از طرف عضو امضاء می کنید، نوع رابطه خود با وی را در زیر شرح دهید. اگر شما نماینده شخصی عضو هستید، این مورد را در زیر توضیح داده و کپی هایی از آن فرم ها (مانند وکالت نامه ها یا دستورهای کفالت و سرپرستی) را برای ما ارسال کنید.

**فرم تکمیل شده را به این آدرس پست کنید:**

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

تلفن: 1-855-464-3571 در Los Angeles یا 1-855-464-3572 در San Diego (TTY: 711)

نمابر: (818) 676-8314

(ادامه دارد)

Health Net Community Solutions, Inc. یک طرح سلامت است که برای ارائه مزایای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان با آن دو دارای قرارداد می باشد. Health Net Community Solutions, Inc. یک شرکت تابعه Health Net, Inc. می باشد. Health Net علامت تجاری خدماتی ثبت شده متعلق به Health Net, Inc. می باشد. تمام حقوق محفوظ ی باشد.

## مجوز افشای اطلاعات محافظت شده مربوطه به سلامتی (PHI)

## فرد(افراد) یا نهاد (نهادهای) دیگری که می توانند اطلاعات را دریافت کنند

**توجه:** اگر می خواهید موافقت کنید که سوابق مربوط به اختلالات مصرف مواد برای یک گیرنده که یک پرداخت کننده ثالث و یا یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی، مرکز یا برنامه ای نمی باشد که در آن شما از یک ارائه دهنده خدمات درمانی مانند خدمات اورژانسی بیمه درمانی یا موسسه تحقیقاتی (از این پس "نهاد دریافت کننده") دریافت می کنید، شما باید نام یک فرد که با وی یا نهادی که در آن شما از یک ارائه دهنده درمانگر خدمات درمانی در این نهاد دریافت کننده دریافت می کنید، را مشخص کرده، یا فقط ذکر کنید که سوابق اختلال سوء مصرف مواد شما می تواند برای ارائه کنندگان فعلی و آینده خدمات درمانی شما در آن نهاد دریافت کننده افشاء شود.

نام (فرد یا نهاد):

آدرس:

شهر:

ایالت:

زیپ کد:

تلفن:

( ) -

نام (فرد یا نهاد):

آدرس:

شهر:

ایالت:

زیپ کد:

تلفن:

( ) -

نام (فرد یا نهاد):

آدرس:

شهر:

ایالت:

زیپ کد:

تلفن:

( ) -

فرم تکمیل شده را به این آدرس پست کنید:

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

تلفن: 1-855-464-3571 در Los Angeles یا 1-855-464-3572 در San Diego (TTY: 711)

نمبر: 676-8314 (818)

Health Net Community Solutions, Inc. یک طرح سلامت است که برای ارائه مزایای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان با آن دو دارای قرارداد می باشد. Health Net Community Solutions, Inc. یک شرکت تابعه Health Net, Inc. می باشد. Health Net علامت تجاری خدماتی ثبت شده متعلق به Health Net, Inc. می باشد. تمام حقوق محفوظ ی باشد.



## لغو مجوز افشای اطلاعات محافظت شده مربوطه به سلامتی

اینجانب مایل هستم تا مجوزی که برای استفاده از اطلاعات مربوط به سلامتی خود برای یک منظور مشخص و یا به اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به سلامتی خود با یک فرد یا گروه به Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) داده بودم را لغو یا ابطال کنم.

## شخص یا گروهی که اطلاعات را دریافت می کرد

نام (شخص یا گروه):

آدرس:

شهر:

ایالت:

زیپ کد:

تلفن:

( ) -

تاریخ امضای مجوز (در صورت معلوم بودن): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## اطلاعات عضو

نام عضو (نوشته شود):

تاریخ تولد عضو:

شماره شناسایی عضویت:

/ /

اینجانب درک می کنم که اطلاعات مربوط به سلامت من (شامل، در مواردی که ایجاب کند، سوابق اختلال سوء استفاده مواد من) ممکن است قبلاً به موجب اجازه ای که خود من صادر کرده ام مورد استفاده قرار گرفته و یا به اشتراک گذاشته باشد. اینجانب همچنین درک می کنم این لغو مجوز تنها در مورد اجازه ای اعمال می شود که من برای استفاده از اطلاعات مربوط به سلامت خود برای یک قصد خاص داده ام یا برای اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به سلامت من با یک فرد یا گروه اعتبار دارد. این مجوز سایر فرم های مجوزی که من در زمینه استفاده از اطلاعات مربوط به سلامتی خود برای مقاصد دیگر و یا به اشتراک گذاری آنها با افراد یا گروه های دیگر امضاء کرده ام را لغو نمی کند.

امضای عضو (عضو یا نماینده قانونی وی اینجا را امضاء نماید):

تاریخ:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

اگر شما این برگه را از طرف عضو امضاء می کنید، نوع رابطه خود با وی را در زیر شرح دهید. اگر شما نماینده شخصی عضو هستید، این مورد را در زیر توضیح داده و کپی هایی از آن فرم ها (مانند وکالت نامه ها یا دستورهای کفالت و سرپرستی) را برای ما ارسال کنید.

هنگامی که این فرم دریافت شده و پردازش شد، Health Net Community Solutions, Inc. استفاده و یا به اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به سلامت شما را متوقف خواهد کرد. برای مکاتبه با ما از آدرس پستی زیر استفاده کنید. شما همچنین می توانید برای دریافت کمک با شماره تلفن ذکر شده زیر تماس بگیرید.

**Health Net, Inc. Privacy Office**

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

تلفن: 1-855-464-3571 در Los Angeles یا 1-855-464-3572 در San Diego (711) (TTY)

نمبر: 676-8314 (818)

Health Net Community Solutions, Inc. یک طرح سلامت است که برای ارائه مزایای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان با آن دو دارای قرارداد می باشد. Health Net Community Solutions, Inc. یک شرکت تابعه Health Net, Inc. می باشد. Health Net علامت تجاری خدماتی ثبت شده متعلق به Health Net, Inc. می باشد. تمام حقوق محفوظ ی باشد.

# 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 լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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).