



Разрешение на раскрытие защищенной информации о состоянии здоровья (PHI)

Уведомление для участника:

- Заполнение данной формы позволит компании Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) (i) использовать информацию о состоянии вашего здоровья в конкретных целях, и/или (ii) передавать информацию о состоянии вашего здоровья физическому или юридическому лицу, которое вы укажете в данной форме.
- Вы не обязаны подписывать эту форму или давать разрешение на использование или передачу информации о состоянии вашего здоровья. Получаемые вами в компании Health Net Community Solutions, Inc. услуги и льготы не изменятся, если вы не подпишете данную форму.
- Право на отмену (отзыв): Настоящая форма разрешения/согласия подлежит отзыву в любое время, кроме тех случаев, когда компания Health Net Community Solutions, Inc. или иной законный обладатель информации о состоянии вашего здоровья, имеющий право на ее передачу, уже совершили какие-либо действия на основании такой информации. Если вы хотите отменить данную форму разрешения, заполните форму отзыва на последней странице и отправьте ее по почте по адресу, указанному внизу страницы.
- Компания Health Net Community Solutions, Inc. не может гарантировать, что лицо или группа, которым вы разрешите передавать информацию о вашем здоровье, не поделится ею с кем-либо еще.
- Сохраняйте копии всех отправленных нам заполненных форм. Мы можем отправить вам копии, если они вам потребуются.
- Заполните всю информацию в данной форме. Затем отправьте заполненную форму по почте по адресу, указанному внизу второй страницы.

Информация об участнике

ФИО участника (печатными буквами):

Дата рождения участника:

____/____/____

Идентификационный номер участника:

Я даю компании Health Net Community Solutions, Inc. разрешение использовать информацию о состоянии моего здоровья для указанных целей или передавать информацию о состоянии моего здоровья лицу или группе, указанным ниже. Цель настоящего разрешения:

- дать возможность компании Health Net Community Solutions, Inc. помочь мне с моими льготами и услугами, **или**
- разрешить компании Health Net Community Solutions, Inc. использовать или передавать информацию о состоянии моего здоровья для

(продолжение)

Health Net Community Solutions, Inc. является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот обеих этих программ. Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, Inc. Health Net является зарегистрированным знаком обслуживания Health Net, Inc. Все права сохранены.

FRM019510RC00 (11/17)

Разрешение на раскрытие защищенной информации о состоянии здоровья (PHI)

Лицо или группа для получения информации			
ФИО лица или наименование группы:			
Адрес:			
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Тел.: () -
Я разрешаю компании Health Net Community Solutions, Inc. использовать или передавать следующую информацию о состоянии моего здоровья:			
<input type="checkbox"/> Всю информацию о состоянии моего здоровья (ВКЛЮЧАЯ генетическую информацию, результаты оказания услуг или исследований, данные и записи о статусе ВИЧ/СПИД, данные и записи о состоянии психического здоровья (но не заметки психотерапевта), данные и записи о рецептурных препаратах и данные и записи касательно наркотической и алкогольной зависимости (укажите какую-либо информацию о расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ, которую можно раскрывать));			
<input type="checkbox"/> Всю информацию о состоянии моего здоровья, КРОМЕ (отметьте все подходящие варианты):			
<input type="checkbox"/> Генетическая информация, процедуры или исследования			
<input type="checkbox"/> Данные и записи ВИЧ/СПИД			
<input type="checkbox"/> Данные и записи о наркотической и алкогольной зависимости			
<input type="checkbox"/> Данные и записи о состоянии психического здоровья (но не заметки психотерапевта);			
<input type="checkbox"/> Данные и записи о рецептурных препаратах			
<input type="checkbox"/> Прочее: _____			
Срок действия разрешения			
Настоящее разрешение действует до ____ / ____ / ____ (мм/дд/гг), подтверждение действительно не более одного года. Если дата не указана, настоящее разрешение перестанет действовать через один год после указанной ниже даты.			
Подпись участника (подпись участника или законного представителя):		Дата: ____ / ____ / ____	
Если вы подписываете документ от имени участника, укажите, кем он(-а) вам приходится, ниже. Если вы являетесь личным представителем участника, укажите это ниже и отправьте нам копии соответствующих документов (например, доверенности или приказа о назначении опекуна). _____			
Отправьте заполненную форму по почте по следующему адресу: Health Net, Inc. Privacy Office PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409 Тел.: 1-855-464-3571 (Los Angeles) или 1-855-464-3572 (San Diego) (телетайп: 711) Факс: (818) 676-8314			

(продолжение)

Health Net Community Solutions, Inc. является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот обеих этих программ. Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, Inc. Health Net является зарегистрированным знаком обслуживания Health Net, Inc. Все права сохранены.

Разрешение на раскрытие защищенной информации о состоянии здоровья (PHI)

Дополнительное физическое или юридическое лицо(-а) для получения информации

Примечание: Если вы соглашаетесь на передачу какой-либо информации о расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ, получателю, который не является сторонним плательщиком или поставщиком медицинских услуг, медицинским учреждением или программой, в рамках которой вы получаете услуги от лечащего врача, например бирже медицинского страхования или исследовательскому учреждению (далее именуемым «получатель»), вы должны указать ФИО физического лица или наименование юридического лица, являющегося получателем, которые предоставляют вам услуги лечащего врача, или просто указать, что ваши записи о расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ, могут передаваться вашим текущим и будущим лечащим врачам у такого получателя.

ФИО физического лица или наименование юридического лица:

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Тел.: () -

ФИО физического лица или наименование юридического лица:

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Тел.: () -

ФИО физического лица или наименование юридического лица:

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Тел.: () -

Отправьте заполненную форму по почте по следующему адресу:

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Тел.: 1-855-464-3571 (Los Angeles) или 1-855-464-3572 (San Diego) (телетайп: 711)

Факс: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот обеих этих программ. Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, Inc. Health Net является зарегистрированным знаком обслуживания Health Net, Inc. Все права сохранены.

Отзыв разрешения на раскрытие защищенной информации о состоянии здоровья

Я хочу отменить или отозвать разрешение, которое я предоставил(-а) компании Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) на использование информации о состоянии моего здоровья в конкретных целях или передачу информации о состоянии моего здоровья лицу или группе.

Лицо или группа, получавшие информацию			
ФИО лица или наименование группы:			
Адрес:			
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Тел.: () -
Дата подписания разрешения (если известно): _____ / _____ / _____			
Информация об участнике			
ФИО участника (печатными буквами):			
Дата рождения участника: / /	Идентификационный номер участника:		
<p>Я понимаю, что информация о состоянии моего здоровья (включая, если применимо, записи о моем расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ), могла быть уже использована или передана в связи с данным мною ранее разрешением. Я также понимаю, что настоящая отмена относится только к разрешению, которое я предоставил(-а) на использование информации о состоянии моего здоровья в конкретных целях или передачу информации о состоянии моего здоровья лицу или группе. Она не отменяет какие-либо иные формы разрешения, которые я подписывал(-а) в отношении использования информации о состоянии здоровья в иных целях или передачи ее иному лицу или группе.</p>			
Подпись участника (подпись участника или законного представителя):	Дата: _____ / _____ / _____		
<p>Если вы подписываете документ от имени участника, укажите, кем он(-а) вам приходится, ниже. Если вы являетесь личным представителем участника, укажите это ниже и отправьте нам копии соответствующих документов (например, доверенности или приказ о назначении опекуна).</p>			

Health Net Community Solutions, Inc. перестанет использовать или передавать информацию о состоянии вашего здоровья после получения и обработки данной формы. Используйте нижеуказанный почтовый адрес. Вы также можете позвонить по нижеуказанному номеру, если вам потребуется помощь.

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Тел.: 1-855-464-3571 (Los Angeles) или 1-855-464-3572 (San Diego) (телетайп: 711)

Факс: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот обеих этих программ. Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, Inc. Health Net является зарегистрированным знаком обслуживания Health Net, Inc. Все права сохранены.

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 ដោយមិនគិតល្អល 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).