



# Pahintulot upang Magpahayag ng Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (Protected Health Information, PHI)

## Paunawa sa miyembro:

- Sa pamamagitan ng pagkumpleto sa form na ito, mabibigyang-daan ang Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) na (i) gamitin ang inyong impormasyon sa kalusugan para sa partikular na layunin, at/o (ii) ibahagi ang inyong impormasyon sa kalusugan sa indibidwal o entidad na tinukoy ninyo sa form na ito.
- Hindi ninyo kinakailangang lagdaan ang form na ito o magbigay ng pahintulot upang gamitin o ibahagi ang inyong impormasyon sa kalusugan. Hindi magbabago ang inyong mga serbisyo at benepisyo sa Health Net Community Solutions, Inc. kahit na hindi kayo lumagda sa form na ito.
- Karapatang magkansela (magpapawalang-bisa): Ang form sa pagpapahintulot/pagpayag na ito ay napapailalim sa pagpapawalang-bisa anumang oras maliban sa sukdulang may nagawa na ang Health Net Community Solutions, Inc. o iba pang legal na may hawak ng inyong impormasyon sa kalusugan na pinahintulutang magbahagi nito, dahil sa pagbatay sa naturang pahintulot. Kung gusto ninyong kanselahin ang Form sa Pagpapahintulot na ito, sagutan ang Form sa Pagpapawalang-bisa sa huling pahina at ipadala ito sa address na nasa ibaba ng pahina.
- Hindi maipapangako ng Health Net Community Solutions, Inc. na hindi ito ibabahagi sa iba ng tao o grupo na pinahintulutan ninyong pagbahaginan namin ng inyong impormasyon sa kalusugan.
- Magtabi ng kopya ng lahat ng nakumpletong form na ipinadala ninyo sa amin. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga kopya kung kailangan ninyo ng mga ito.
- Ilagay ang lahat ng impormasyong hinihingi sa form na ito. Kapag nakumpleto na, ipadala ito sa address sa ibaba ng pangalawang pahina.

Impormasyon ng miyembro	
Pangalan ng miyembro (naka-print):	
Petsa ng kapanganakan ng miyembro: ____ / ____ / ____	# ng ID ng Miyembro:
<p>Binibigyan ko ng pahintulot ang Health Net Community Solutions, Inc. na gamitin ang aking impormasyon sa kalusugan para sa layuning tinukoy o ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan sa tao o grupong tinukoy sa ibaba. Ang layunin ng pagpapahintulot ay:</p> <p><input type="checkbox"/> payagan ang Health Net Community Solutions, Inc. na tulungan ako sa aking mga benepisyo at serbisyo, o <b>kaya</b></p> <p><input type="checkbox"/> pahintulutan ang Health Net Community Solutions, Inc. na gamitin o ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan para sa _____.</p>	

(ipinagpatuloy)

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal upang maikaloob ang mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala. Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang subsidiary ng Health Net, Inc. Ang Health Net ay isang nakarehistrong marka ng serbisyo ng Health Net, Inc. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

FRM019512TC00 (11/17)

# Pahintulot upang Magpahayag ng Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (Protected Health Information, PHI)

Tao o grupong tatanggap ng impormasyon			
Pangalan (tao o grupo):			
Tirahan:			
Lungsod:	Estado:	ZIP:	Numero ng Telepono (       )       -
Pinapahintulutan ko ang Health Net Community Solutions, Inc. na gamitin o ibahagi ang sumusunod na impormasyon sa kalusugan:			
<input type="checkbox"/> <b>Lahat ng aking impormasyon sa kalusugan (KABILANG ANG</b> impormasyong may kaugnayan sa genes, mga serbisyo o resulta ng pagsusuri; data at mga talaan ng HIV/AIDS; data at mga talaan ng kalusugan sa pag-iisip (ngunit hindi ang mga tala sa psychotherapy); data at mga talaan ng inireresetang gamot/medikasyon; at data at mga talaan ng paggamit ng gamot at pag-inom ng alak ( <b>pakisaad ang anumang impormasyon sa labis na paggamit ng gamot o pag-inom ng alak o substance use disorder na maaaring ipahayag</b> ) _____);			
<input type="checkbox"/> Lahat ng aking impormasyon sa kalusugan <b>MALIBAN SA</b> (lagyan ng tsek ang lahat ng kahong naaangkop):			
<input type="checkbox"/> Impormasyon may kaugnayan sa genes, mga serbisyo o pagsusuri			
<input type="checkbox"/> Data at mga talaan ng HIV/AIDS			
<input type="checkbox"/> Data at mga talaan ng paggamit ng gamot at pag-inom ng alak			
<input type="checkbox"/> Data at mga talaan ng kalusugan ng pag-iisip (ngunit hindi ang mga tala sa psychotherapy)			
<input type="checkbox"/> Data at mga talaan ng inireresetang gamot/medikasyon			
<input type="checkbox"/> Iba pa: _____			
Pag-expire ng pahintulot			
Ang pahintulot na ito ay mag-e-expire sa ____/____/____ (mm/dd/yy), kung saan mayroong pinakamatagal na panahon na isang taon ang pagkakaroon ng bisa. Kung walang petsang binanggit dito, mag-e-expire ang pahintulot na ito pagkatapos ng isang taon mula sa petsang nakasaad sa ibaba.			
Lagda ng miyembro (dito pumirma ang miyembro o legal na kinatawan):		Petsa: ____/____/____	
Kung lalagda kayo para sa miyembro, ilarawan sa ibaba ang inyong kaugnayan sa kanya. Kung kayo ang personal na kinatawan ng miyembro, ilarawan ito sa ibaba at magpadala sa amin ng mga kopya ng mga form hinggil dito (gaya ng power of attorney o kautusan ng pangangalaga). _____			
<b>Ipadala ang nakumpletong form sa:</b>			
Health Net, Inc. Privacy Office PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409			
Numero ng Telepono: 1-855-464-3571 sa Los Angeles o 1-855-464-3572 sa San Diego (TTY: 711)			
Fax: (818) 676-8314			

(*ipinagpatuloy*)

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal upang magkaloob ng mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala. Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay subsidiary ng Health Net, Inc. Ang Health Net ay isang nakarehistrong marka ng serbisyo ng Health Net, Inc. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

## Pahintulot upang Magpahayag ng Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (Protected Health Information, PHI)

### (Mga) karagdagang indibidwal o entidad na tatanggap ng impormasyon

**Tandaan:** Kung pumapayag kayong ipahayag ang anumang talaan ng labis na paggamit ng gamot o pag-inom ng alak sa isang tatanggap na hindi third party na payor o provider ng pangangalagang pangkalusugan, pasilidad, o programa kung saan tumatanggap kayo ng mga serbisyo mula sa isang gumagamot na provider, gaya ng pamilihan ng insurance na pangkalusugan o institusyon sa pananaliksik (tutukuying “entidad na tatanggap”), dapat ninyong tukuyin ang pangalan ng indibidwal kung kanino, o ng entidad kung saan kayo tumatanggap ng mga serbisyo mula sa isang gumagamot na provider sa entidad na tatanggap na iyon, o isaad lang na maaaring ipahayag ang inyong mga talaan ng labis na paggamit ng gamot o pag-inom ng alak sa inyong mga gumagamot na provider sa kasalukuyan at sa hinaharap sa entidad na tatanggap na iyon.

Pangalan (indibidwal o entidad):

Tirahan:

Lungsod:

Estado:

ZIP:

Numero ng Telepono:  
(        )        -

Pangalan (indibidwal o entidad):

Tirahan:

Lungsod:

Estado:

ZIP:

Numero ng Telepono:  
(        )        -

Pangalan (indibidwal o entidad):

Tirahan:

Lungsod:

Estado:

ZIP:

Numero ng Telepono:  
(        )        -

### Ipadala ang nakumpletong form sa:

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Numero ng Telepono: 1-855-464-3571 sa Los Angeles o 1-855-464-3572 sa San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-8314

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal upang magkaloob ng mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala. Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay subsidiary ng Health Net, Inc. Ang Health Net ay isang nakarehistrong marka ng serbisyo ng Health Net, Inc. Nakalaan ang lahat ng karapatan.



# Pagpapawalang-bisa ng Pahintulot upang Magpahayag ng Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (Protected Health Information, PHI)

Gusto kong kanselahin, o ipawalang-bisa, ang pahintulot na ibinigay ko sa Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) upang gamitin ang aking impormasyon sa kalusugan para sa partikular na layunin o ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan sa isang tao o grupo.

## Tao o grupong tumanggap ng impormasyon

Pangalan (tao o grupo):

Tirahan:

Lungsod:

Estado:

ZIP:

Numero ng Telepono:

( ) -

Petsa kung kailan nilagdaan ang pahintulot (kung alam): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Impormasyon ng miyembro

Pangalan ng miyembro (naka-print):

Petsa ng kapanganakan ng miyembro:

/ /

# ng ID ng Miyembro:

Nauunawaan ko na maaaring nagamit o naibahagi na ang impormasyon sa aking kalusugan (kabilang, kung saan naaangkop, ang aking talaan ng labis na paggamit ng gamot o pag-inom ng alak o substance use disorder) dahil sa pahintulot na ibinigay ko dati. Nauunawaan ko rin na nalalapat lang ang pagkakanselang ito sa pahintulot na ibinigay ko upang gamitin ang aking impormasyon sa kalusugan para sa isang partikular na layunin o upang ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan sa tao o grupo. Hindi nito kinakansela ang anumang iba pang form sa pagpapahintulot na nilagdaan ko para magamit ang impormasyon sa kalusugan sa iba pang layunin o ibahagi sa iba pang tao o grupo.

Lagda ng miyembro (dito pumirma ang miyembro o legal na kinatawan):

Petsa:

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

Kung lalagda kayo para sa miyembro, ilarawan sa ibaba ang inyong kaugnayan sa kanya. Kung kayo ang personal na kinatawan ng miyembro, ilarawan ito sa ibaba at magpadala sa amin ng mga kopya ng mga form hinggil dito (gaya ng power of attorney o kautusan ng pangangalaga).

Ihahinto ng Health Net Community Solutions, Inc. ang paggamit o pagbabahagi ng inyong impormasyon sa kalusugan kapag natanggap at naproseso namin ang form na ito. Gamitin ang address na pangkoreo sa ibaba. Maaari din kayong tumawag para sa tulong sa numerong nasa ibaba.

### Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Numero ng Telepono: 1-855-464-3571 sa Los Angeles o 1-855-464-3572 sa San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-8314

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal upang magkaloob ng mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala. Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay subsidiary ng Health Net, Inc. Ang Health Net ay isang nakarehistrong marka ng serbisyo ng Health Net, Inc. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

# 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:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ 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).