



보호 대상의 건강 정보(Protected Health Information, PHI) 공개에 대한 허가

가입자 고지:

- 이 양식을 작성함으로써 가입자는 Health Net Community Solutions, Inc.[Health Net Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)]가 (i) 특정 용도로 가입자 건강 정보를 사용하고 (ii) 이 양식에 명시된 개인이나 법인과 가입자의 건강 정보를 공유하는 것을 허락하게 됩니다.
- 가입자는 이 양식에 서명하거나 본인의 건강 정보를 사용 또는 공유하는 것을 허락하지 않아도 됩니다. 이 양식에 서명하지 않더라도 Health Net Community Solutions, Inc.의 서비스 및 혜택은 변경되지 않습니다.
- 취소(철회)할 권리: Health Net Community Solutions, Inc. 또는 가입자의 건강 정보를 공유할 수 있는 합법적인 기타 소유자가 이 허가/동의 양식에 따라 이미 취한 행동을 제외하고 언제든지 이 허가/동의를 철회할 수 있습니다. 이 허가서를 취소하려면 마지막 페이지의 철회 양식을 작성하여 페이지 맨 아래의 주소로 보내 주십시오.
- Health Net Community Solutions, Inc.는 가입자가 본인의 건강 정보를 당사에서 공유하도록 허가하여 정보를 받은 개인이나 그룹이 다른 사람과 정보를 다시 공유하지 않음을 보장할 수 없습니다.
- 저희에게 보내신 모든 양식의 사본을 보관해두십시오. 필요하시면 사본을 보내드릴 수 있습니다.
- 이 양식의 모든 정보를 기입해 주십시오. 작성을 마쳤으면 두 번째 페이지 맨 아래의 주소로 우편 발송해 주십시오.

가입자 정보

가입자 이름(정자체로 기입):

가입자 생년월일:

____ / ____ / ____

가입자 ID 번호:

본인은 Health Net Community Solutions, Inc.이 정해진 목적으로 본인의 건강 정보를 사용하고, 아래에 명시된 개인이나 그룹과 그러한 정보를 공유하는 것을 허락합니다. 허가의 목적은 다음과 같습니다.

Health Net Community Solutions, Inc.가 본인에게 혜택 및 서비스 관련 도움을 제공 **또는**

Health Net Community Solutions, Inc.가 본인의 건강 정보를 다음의 목적으로 사용하거나 공유.

(계속)

Health Net Community Solutions, Inc.는 Medicare 및 Medi-Cal과 계약을 맺고 양쪽 프로그램의 가입자에게 혜택을 제공하는 건강 플랜입니다. Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, Inc.의 자회사입니다. Health Net는 Health Net, Inc.의 등록 상표입니다. 모든 권한 보유.

FRM019509KC00 (11/17)

보호 대상의 건강 정보(Protected Health Information, PHI) 공개에 대한 허가

정보를 수령하는 개인 또는 그룹

이름(개인 또는 그룹):

주소:

시:	주:	우편번호:	전화: () -
----	----	-------	----------------------------

본인은 Health Net Community Solutions, Inc.가 다음의 건강 정보를 사용하거나 공유하는 것을 허락합니다.

본인의 모든 건강 정보(유전 정보, 서비스 또는 검사 결과, HIV/AIDS 데이터 및 기록, 정신 건강 데이터 및 기록(심리치료 소견은 제외), 처방약/의약품 데이터 및 기록, 약물 및 알코올 데이터 및 기록 **포함** (공개해도 되는 약물 사용 문제 정보를 기입해 주십시오) _____)

다음을 **제외한** 본인의 모든 건강 정보(해당되는 모든 상자에 체크 표시):

- 유전 정보, 서비스 또는 검사
- HIV/AIDS 데이터 및 기록
- 약물 및 알코올 데이터와 기록
- 정신 건강 데이터 및 기록(심리치료 소견은 제외)
- 처방약/의약품 데이터 및 기록
- 기타: _____

허가의 만료

본인의 허가는 _____ / _____ / _____ (월월/일일/년년)에 만료되며 최대 유효 기간은 1년입니다. 날짜가 기입되지 않았다면 본 허가는 아래에 명시된 날짜로부터 1년 이내에 만료됩니다.

가입자 서명(가입자 또는 법적 대리인의 서명):

날짜:

_____ / _____ / _____

가입자를 대신하여 서명할 경우, 아래에 가입자와의 관계를 기입하십시오. 가입자의 대리인일 경우, 아래에 이를 명시한 후 양식(위임장 또는 후견인 지정 서류)의 사본을 보내 주십시오. _____

작성한 양식을 보낼 주소:

Health Net, Inc. Privacy Office
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

전화: 1-855-464-3571(Los Angeles) 또는 1-855-464-3572(San Diego) (TTY: 711)

팩스: (818) 676-8314

(계속)

Health Net Community Solutions, Inc.는 Medicare와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 양쪽 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다. Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, Inc.의 자회사입니다. Health Net는 Health Net, Inc.의 등록 상표입니다. 모든 권한 보유.

보호 대상의 건강 정보(Protected Health Information, PHI) 공개에 대한 허가

기타 정보를 수령하는 개인 또는 법인

참고: 약물 사용 문제 기록을 제3의 납부자 또는 의료보험 거래소나 연구 기관 같이 가입자가 치료를 받는 의료 제공자, 시설 또는 프로그램(이하 "수령 법인"이라 칭함)이 아닌 수령인에게 공개하는 것에 동의할 경우, 가입자는 수령 법인의 소재지에서 치료 서비스를 제공한 개인이나 법인의 이름을 명시하거나, 가입자의 약물 남용 문제 기록이 현재 또는 미래의 수령 법인에 소속된 치료 서비스 제공자에게 공개될 수 있음을 알려야 합니다.

이름(개인 또는 법인):

주소:

시:

주:

우편번호:

전화:

() -

이름(개인 또는 법인):

주소:

시:

주:

우편번호:

전화:

() -

이름(개인 또는 법인):

주소:

시:

주:

우편번호:

전화:

() -

작성한 양식을 보낼 주소:

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

전화: 1-855-464-3571(Los Angeles) 또는 1-855-464-3572(San Diego) (TTY: 711)

팩스: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc.는 Medicare와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 양쪽 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다. Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, Inc.의 자회사입니다. Health Net는 Health Net, Inc.의 등록 상표입니다. 모든 권한 보유.



보호 대상의 건강 정보(Protected Health Information) 공개 허가에 대한 철회

본인은 Health Net Community Solutions, Inc.[Health Net Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)]가 특정 목적으로 또는 본인의 건강 정보를 개인이나 그룹과 공유하기 위해 본인의 건강 정보를 사용하도록 허락한 것을 취소 또는 철회합니다.

정보를 수령한 개인 또는 그룹			
이름(개인 또는 그룹):			
주소:			
시:	주:	우편번호:	전화: () -
허가 서명일(아는 경우): _____ / _____ / _____			
가입자 정보			
가입자 이름(정자체로 기입):			
가입자 생년월일: / /	가입자 ID 번호:		
본인은 이전의 허가 때문에 본인의 건강 정보(해당되는 경우, 약물 사용 문제 기록을 포함)가 이미 사용되거나 공유되었을 수 있음을 이해합니다. 또한 이러한 취소는 특정 목적으로 본인의 건강 정보를 사용하거나 개인 또는 그룹과 본인의 건강 정보를 공유하도록 허가한 것에만 적용됨을 이해합니다. 다른 용도로 이미 사용되었거나 다른 개인이나 그룹과 공유한 건강 정보에 대한 허가는 취소되지 않습니다.			
가입자 서명(가입자 또는 법적 대리인의 서명):		날짜: _____ / _____ / _____	
가입자를 대신하여 서명할 경우, 아래에 가입자와의 관계를 기입하십시오. 가입자의 대리인일 경우, 아래에 이를 명시한 후 양식(위임장 또는 후견인 지정 서류)의 사본을 보내 주십시오.			

Health Net Community Solutions, Inc.는 이 양식을 수령하고 처리하면 가입자의 건강 정보를 사용하거나 공유하는 것을 중단할 것입니다. 아래의 우편 주소를 사용해 주십시오. 아래의 전화번호로 도움을 요청하실 수도 있습니다.

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

전화: 1-855-464-3571(Los Angeles) 또는 1-855-464-3572(San Diego) (TTY: 711)

팩스: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc.는 Medicare와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 양쪽 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다. Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, Inc.의 자회사입니다. Health Net는 Health Net, Inc.의 등록 상표입니다. 모든 권한 보유.

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).