



# Giấy cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ (PHI)

## Thông báo với hội viên:

- Hoàn thành mẫu này sẽ cho phép Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) (i) sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị vào một mục đích cụ thể, và/hoặc (ii) chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với cá nhân hoặc tổ chức quý vị ghi trên mẫu này.
- Quý vị không phải ký vào mẫu này hoặc cho phép sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị với Health Net Community Solutions, Inc. sẽ không thay đổi nếu quý vị không ký vào mẫu này.
- Quyền hủy bỏ (thu hồi): Giấy ủy quyền/đồng ý này được thu hồi bất kỳ lúc nào trừ đến phạm vi Health Net Community Solutions, Inc. hoặc người nắm giữ hợp pháp thông tin sức khỏe của quý vị khác được phép chia sẻ đã hành động dựa vào nó. Nếu quý vị muốn hủy bỏ Giấy ủy quyền này, điền vào Giấy thu hồi trên trang cuối và gửi nó đến địa chỉ ở phần cuối cùng của trang.
- Health Net Community Solutions, Inc. không thể hứa hẹn rằng người hoặc nhóm quý vị cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị sẽ không chia sẻ với người khác.
- Giữ bản sao tất cả mẫu đã hoàn thành gửi cho chúng tôi. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị bản sao nếu quý vị cần.
- Điền tất cả thông tin trên mẫu này. Khi hoàn thành, gửi nó đến địa chỉ ở phần cuối cùng của trang thứ hai.

## Thông tin hội viên

Tên hội viên (viết in):

Ngày sinh của hội viên:

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

ID Hội viên:

Tôi cho phép Health Net Community Solutions, Inc. sử dụng thông tin sức khỏe của tôi cho mục đích được xác định hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với người hoặc nhóm có tên bên dưới. Mục đích của giấy ủy quyền này là:

- cho phép Health Net Community Solutions, Inc. trợ giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của tôi, **hoặc**
- cho phép Health Net Community Solutions, Inc. sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi để

(tiếp)

Health Net Community Solutions, Inc. là một chương trình sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Health Net Community Solutions, Inc. là một công ty con của Health Net, Inc. Health Net là một nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, Inc. Bảo lưu mọi quyền.

FRM019513VC00 (11/17)

# Giấy cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ (PHI)

Người hoặc nhóm nhận thông tin			
Tên (người hoặc nhóm):			
Địa chỉ:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Điện thoại: ( ) -
Tôi ủy quyền cho Health Net Community Solutions, Inc. sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe sau:			
<input type="checkbox"/> <b>Tất cả thông tin sức khỏe của tôi (BAO GỒM</b> thông tin di truyền, dịch vụ hoặc kết quả xét nghiệm; Dữ liệu và hồ sơ HIV/AIDS; dữ liệu và hồ sơ sức khỏe tâm thần (nhưng không phải là lưu ý về liệu pháp tâm thần); dữ liệu và hồ sơ thuốc theo toa/thuốc; và dữ liệu và hồ sơ về rượu và ma túy ( <b>vui lòng ghi rõ bất kỳ thông tin rối loạn sử dụng được chất có thể được tiết lộ</b> );			
<input type="checkbox"/> Tất cả thông tin sức khỏe của tôi NGOẠI TRỪ (đánh dấu tất cả các ô áp dụng):			
<input type="checkbox"/> Thông tin di truyền, dịch vụ hoặc xét nghiệm			
<input type="checkbox"/> Dữ liệu và hồ sơ HIV/AIDS			
<input type="checkbox"/> Dữ liệu và hồ sơ về rượu và ma túy			
<input type="checkbox"/> Dữ liệu và hồ sơ sức khỏe tâm thần (nhưng không phải là lưu ý về liệu pháp tâm thần)			
<input type="checkbox"/> Dữ liệu và hồ sơ thuốc theo toa/thuốc			
<input type="checkbox"/> Khác: _____			
Hết hạn ủy quyền			
Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn vào ____/____/____ (dd/mm/yy), hợp lệ cho tối đa một năm. Nếu không ghi ngày ở đây, giấy ủy quyền này sẽ hết hạn trong một năm kể từ ngày được ghi bên dưới.			
Chữ ký hội viên (hội viên hoặc người đại diện hợp pháp ký tên ở đây):	Ngày: ____/____/____		
Nếu quý vị đang ký tên cho hội viên, mô tả mối quan hệ vào bên dưới. Nếu quý vị là người đại diện cá nhân của hội viên, mô tả nội dung này vào bên dưới và gửi cho chúng tôi bản sao các mẫu đó (như giấy ủy quyền hoặc án lệnh giám hộ). _____			
<b>Gửi mẫu hoàn thành đến:</b> Health Net, Inc. Privacy Office PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409 Điện thoại: 1-855-464-3571 tại Los Angeles hoặc 1-855-464-3572 tại San Diego (TTY: 711) Fax: (818) 676-8314			

(tiếp)

Health Net Community Solutions, Inc. là một chương trình sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare lẫn Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Health Net Community Solutions, Inc. là một công ty con của Health Net, Inc. Health Net là một nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, Inc. Bảo lưu mọi quyền.

# Giấy cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ (PHI)

## (Những) người hoặc tổ chức khác nhận được thông tin

**Lưu ý:** Nếu quý vị đồng ý tiết lộ bất kỳ hồ sơ rối loạn sử dụng dược chất nào cho một người nhận không phải là người thanh toán bên thứ ba hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở hoặc chương trình quý vị nhận các dịch vụ từ một nhà cung cấp điều trị, như cơ quan trao đổi bảo hiểm sức khỏe hoặc viện nghiên cứu (sau đây gọi là “tổ chức tiếp nhận”), quý vị phải ghi rõ tên của cá nhân hoặc tổ chức quý vị nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp điều trị tại tổ chức tiếp nhận hoặc chỉ cần ghi rằng hồ sơ rối loạn sử dụng dược chất của quý vị có thể được tiết lộ cho nhà cung cấp điều trị hiện tại hoặc sau này tại tổ chức tiếp nhận.

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Điện thoại:

( ) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Điện thoại:

( ) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Điện thoại:

( ) -

### Gửi mẫu hoàn thành đến:

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Điện thoại: 1-855-464-3571 tại Los Angeles hoặc 1-855-464-3572 tại San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. là một chương trình sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare lẫn Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Health Net Community Solutions, Inc. là một công ty con của Health Net, Inc. Health Net là một nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, Inc. Bảo lưu mọi quyền.



# Thu hồi Giấy cho phép Tiết lộ

## Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ

Tôi muốn hủy bỏ, hoặc thu hồi giấy phép tôi đã cung cấp cho Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) để sử dụng thông tin sức khỏe của tôi cho một mục đích cụ thể hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với một người hoặc nhóm.

### Người hoặc nhóm đã nhận thông tin

Tên (người hoặc nhóm):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Điện thoại:  
( ) -

Ngày ký giấy ủy quyền (nếu biết): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Thông tin hội viên

Tên hội viên (viết in):

Ngày sinh của hội viên:

/ /

ID Hội viên:

Tôi hiểu rõ rằng thông tin sức khỏe của tôi (bao gồm, nếu có, hồ sơ rối loạn sử dụng dược chất của tôi) có thể đã được sử dụng hoặc chia sẻ vì tôi đã cho phép trước đó. Tôi cũng hiểu rõ rằng việc hủy bỏ này chỉ áp dụng đối với giấy phép tôi đã cung cấp để sử dụng thông tin sức khỏe của tôi cho một mục đích cụ thể hoặc để chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với người hoặc nhóm. Việc này không hủy bỏ bất kỳ mẫu ủy quyền nào khác tôi đã ký về thông tin sức khỏe được sử dụng cho mục đích khác hoặc được chia sẻ với người hoặc nhóm khác.

Chữ ký hội viên (hội viên hoặc người đại diện hợp pháp ký tên ở đây):

Ngày:

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

Nếu quý vị đang ký tên cho hội viên, mô tả mối quan hệ vào bên dưới. Nếu quý vị là người đại diện cá nhân của hội viên, mô tả nội dung này vào bên dưới và gửi cho chúng tôi bản sao các mẫu đó (như giấy ủy quyền hoặc án lệnh giám hộ).

Health Net Community Solutions, Inc. sẽ ngừng sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị khi chúng tôi nhận được và xử lý mẫu này. Sử dụng địa chỉ gửi thư bên dưới. Quý vị cũng có thể gọi để được trợ giúp theo số bên dưới.

#### Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Điện thoại: 1-855-464-3571 tại Los Angeles hoặc 1-855-464-3572 tại San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. là một chương trình sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare lẫn Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Health Net Community Solutions, Inc. là một công ty con của Health Net, Inc. Health Net là một nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, Inc. Bảo lưu mọi quyền.

# 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).