

## **Mẫu Đơn Yêu Cầu Danh Sách Giải Thích Việc Tiết Lộ Thông Tin**

Ngày Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

Tên Thành Viên: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Số CIN của Thành Viên: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Tôi muốn yêu cầu một bản báo cáo về cách Thông Tin về Sức Khỏe Được Giữ Kín (Protected Health Information, PHI) của tôi được CalOptima tiết lộ như thế nào, theo yêu cầu của pháp luật. Tôi hiểu rằng CalOptima không bắt buộc phải cho tôi biết về các trường hợp tiết lộ thông tin sau:

1. Tiết lộ thông tin vì mục đích Điều Trị, Thanh Toán, và Điều Hành Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe.
2. Tiết lộ thông tin cho tôi hoặc được tôi ủy quyền để tiết lộ cho (những) người khác.
3. Tiết lộ thông tin cho những người có liên quan đến dịch vụ chăm sóc của tôi.
4. Việc tiết lộ thông tin được thực hiện trước ngày 14 tháng 4 năm 2003.

Tôi cũng hiểu rằng quyền hạn của tôi đối với một báo cáo về một phần, hoặc tất cả việc tiết lộ thông tin, có thể bị tạm ngưng trong một số trường hợp.

Tôi hiểu rằng CalOptima phải cung cấp cho tôi bản báo cáo về việc tiết lộ thông tin trong vòng 60 ngày kể từ ngày tôi yêu cầu hoặc phải thông báo cho tôi biết rằng CalOptima cần thêm 30 ngày (hoặc ít hơn) để chuẩn bị bản báo cáo.

Tôi hiểu rằng tôi được phép nhận 1 bản báo cáo về việc tiết lộ thông tin miễn phí mỗi 12 tháng. Tôi có thể bị tính phí nếu tôi yêu cầu nhiều hơn 1 bản báo cáo trong cùng khoảng thời gian 12 tháng.

**Xin lưu ý, đây không phải là yêu cầu Tiếp Cận Thông Tin Sức Khỏe Được Giữ Kín (PHI). Quý vị sẽ không nhận được những hồ sơ như Hóa Đơn Thanh Toán Y Tế hoặc Hóa Đơn Thanh Toán của Nhà Thuốc khi sử dụng mẫu đơn này. Nếu quý vị muốn những loại hồ sơ như vậy, xin vui lòng điền vào mẫu đơn Yêu Cầu Của Cá Nhân để Tiếp Cận Thông Tin Sức Khỏe Được Giữ Kín trong Bộ Hồ Sơ Được Chỉ Định.**

Để biết thêm thông tin về quyền riêng tư của quý vị, xin vào trang mạng của chúng tôi tại [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org) hoặc gọi đường dây miễn phí của Văn Phòng Dịch Vụ CalOptima ở số **1-888-587-8088**. Các thành viên khiếm thính hoặc khiếm thanh có thể gọi đường dây TDD/TTY của chúng tôi ở số **1-800-735-2929**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

**Tôi muốn nhận hồ sơ về việc tiết lộ thông tin trong khoảng thời gian sau:**

Từ: \_\_\_\_\_ Đến: \_\_\_\_\_

Lưu ý: Khoảng thời gian không thể lâu hơn sáu (6) năm, và không thể bao gồm thời gian trước ngày 14 tháng 4 năm 2003.

Cách thức nhận hồ sơ được yêu cầu (xin chọn một cách thức):

“Trực tiếp” nhận tại CalOptima (cần có thẻ ID lúc nhận hồ sơ)

Gửi thư:

Địa chỉ/Căn Hộ \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã vùng \_\_\_\_\_

Qua trang mạng, gửi một thư điện tử (e-mail) bảo mật đến: \_\_\_\_\_

**Chữ Ký của Thành Viên:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

**Nếu là Người Đại Diện Cá Nhân, xin hoàn tất phần dưới đây và cung cấp giấy tờ:**

**Tên Viết In Hoa:** \_\_\_\_\_ **Mối Quan Hệ Với Thành Viên:** \_\_\_\_\_