

異議聲明
接受修改申請及拒絕未來披露之請求

請求日期： _____

會員姓名： _____

出生日期： _____

會員識別編號 (Client Identification Number, CIN)： _____

電話號碼： _____

本人知悉，CalOptima駁回了本人變更受保護的健康信息 (Protected Health Information, PHI) 之請求。請求日期是： _____。

僅選擇下列一 (1) 個方框：

本人知悉，CalOptima可能會針對我的異議聲明準備辯駁。「辯駁」即一項聲明，說明CalOptima認為本人異議聲明不被接受之原因。若CalOptima準備了書面辯駁，我將收到其副本。

本人願提交此「異議聲明」。

本人對該駁回有異議，理由如下： _____

本人不願提交「異議聲明」，但我想讓CalOptima接受我的變更請求及拒絕未來披露所有與本人變更請求有關的資訊。

您的權利：

有關您隱私權利的更多資訊，請參閱您的CalOptima Notice of Privacy Practices (隱私條例通知) 副本。該副本可於我們的網站上找到，網址：www.caloptima.org，您也可撥打**1-714-246-8500**或免費電話**1-888-587-8088**從CalOptima客戶服務部取得，服務時間為週一至週五，上午8時至下午5時30分。患有聽障或語障的會員可撥打我們的TDD/TTY免費專線**1-800-735-2929**。我們有會講您語言的工作人員。

若您認為自身隱私權受到侵犯，您可以向CalOptima或衛生及公共服務部部長提交投訴。如欲向CalOptima提交投訴，請致電**1-714-246-8500**聯絡CalOptima客戶服務部。若您選擇提出投訴或行使本通知所述的任何隱私權，CalOptima不得取消您的醫療保健福利，或以任何方式損害您的利益。

簽名：

會員簽名： _____

若為授權代表 (請附上法律文件)：

打印姓名： _____ 與會員的關係： _____