

## فرم درخواست اعمال محدودیت در شیوه/روش تبادل محرمانه

تاریخ درخواست: \_\_\_\_\_  
نام عضو: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_  
CIN عضو: \_\_\_\_\_ شماره تلفن: \_\_\_\_\_

شما می توانید درخواست کنید که تبادل محرمانه اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI - Protected Health Information) به روشی دیگر یا به آدرسی دیگر انجام و ارسال شود. بعنوان مثال شاید مایل نباشید که سوابق بهداشتی یا جزییات عضویت به خانه شما ارسال شود چون ممکن است یکی از اعضای خانواده آنرا ببیند.

اگر به دلیل ارسال اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI) توسط CalOptima، شما در معرض خطر صدمات و آسیب های شخصی قرار بگیرید با این درخواست ها موافقت خواهیم کرد.

من درخواست می کنم که CalOptima تمام مکاتبات مربوط به اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI) من را به آدرس یا شماره تلفن ثبت شده در اطلاعات عضویت من ارسال نماید چون که در غیراینصورت برای من خطرناک خواهد بود.

آدرس یا روش دیگر ارتباط با من (می بایست یک آدرس دیگر ارائه کنید تا CalOptima بتواند درخواست شما برای تبادل محرمانه را اجابت کند):

آدرس: \_\_\_\_\_ شماره آپارتمان: \_\_\_\_\_  
شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_

### حقوق شما:

لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق محرمانه و حریم خصوصی خود به نسخه اعلامیه روال های محرمانه و حریم خصوصی CalOptima که در اختیار دارید مراجعه نمایید. یک نسخه از آن در وب سایت ما نیز موجود است: [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org)، یا اینکه می توانید برای دریافت آن از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعداز ظهر روزهای دوشنبه تا جمعه به بخش خدمات اعضای CalOptima به شماره **1-714-246-8500** یا شماره رایگان **1-888-587-8088** تلفن کنید. آن دسته از اعضای که مشکلات گفتاری یا شنوایی دارند می توانند با تلفن TDD ما در شماره **1-800-735-2929** تماس بگیرند. ما کارکنانی داریم که می توانند به زبان شما صحبت کنند.

اگر تصور می کنید حقوق محرمانه و حریم خصوصی شما زیر پا گذاشته شده اند، می توانید نزد CalOptima یا وزیر خدمات بهداشتی و انسانی (Department of Health and Human Services) شکایت کنید. برای شکایت کردن به CalOptima با بخش خدمات اعضای CalOptima در شماره تلفن **1-714-246-8500** تماس حاصل نموده، یا با این آدرس مکاتبه کنید:

CalOptima  
Customer Service Department  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

در صورتی که شکایت کنید و یا از هریک از حقوق محرمانه و حریم خصوصی ذکر شده در این اعلامیه استفاده نمایید، CalOptima نمی تواند شما را از مزایای مراقبت های بهداشتی و درمانی تان محروم سازد یا کاری کند که به هر ترتیبی به شما آسیبی وارد شود.

### امضا:

امضای عضو: \_\_\_\_\_  
اگر نماینده رسمی هستید (لطفاً مدارک قانونی را ضمیمه کنید): \_\_\_\_\_  
نام با حروف درشت و واضح: \_\_\_\_\_ رابطه با عضو: \_\_\_\_\_