

اظهارنامه مخالفت
درخواست اضافه نمودن تقاضای اصلاح و رد در ارائه های آتی اطلاعات

تاریخ درخواست: _____

نام عضو: _____ تاریخ تولد: _____

CIN عضو: _____ شماره تلفن: _____

من متوجه هستم که CalOptima درخواست تغییر دادن اطلاعات بهداشتی محافظت شده من ("PHI" - Protected Health Information) را رد کرده است. تاریخ درخواست من: _____.

لطفاً فقط یک (1) مربع زیر را انتخاب کنید:

من متوجه هستم که CalOptima ممکن است در مقابل اظهارنامه مخالفت من مبادرت به تهیه یک اظهارنامه متقابل بنماید. "اظهارنامه متقابل" اظهارنامه ای است که CalOptima در آن دلایل خود مبنی بر غیرقابل قبول بودن اظهارنامه مخالفت من را شرح می دهد. اگر CalOptima یک اظهارنامه متقابل تهیه کند، من یک نسخه از آنرا دریافت خواهم کرد.

من می خواهم این "اظهارنامه مخالفت" را تسلیم نمایم.
من به دلایل زیر با رد شدن این تقاضا مخالف هستم:

من نمی خواهم یک "اظهارنامه مخالفت" تسلیم کنم اما مایل هستم که CalOptima درخواست تغییر من و رد شدن آنرا در تمام ارائه های آتی اطلاعات مربوط به درخواست تغییر من، ذکر نماید.

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، یا اینکه می توانید برای دریافت آن از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعدازظهر 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 است، 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 نمایید. در صورتی که شکایت کنید و یا از هر یک 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: _____