

فرم درخواست ارتباط محرمانه

ای ازینکه Alameda Alliance for Health (Alliance) را انتخاب کردید از شما سپاسگزاریم. ما در مسیر سلامت، همراه شما هستیم. به عنوان عضو Alliance، شما این حق را دارید که نحوه به اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده (protected health information, PHI) خود را انتخاب کنید. شما می‌توانید درخواست کنید که ما فقط از طریق پست، ایمیل (ایمیل‌ها به صورت امن ارسال خواهند شد) یا تلفن با شما تماس بگیریم.

برای درخواست ارتباطات پزشکی محرمانه (خصوصی)، باید این فرم را به آدرس زیر ارسال نمایید:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
فکس: 1.877.747.4504
ایمیل: memberservices@alamedaalliance.org

بخش 1: اطلاعات عضو

نام خانوادگی: _____ نام: _____
تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____
شماره شناسایی عضو Alliance: _____
آدرس: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____
شماره تلفن: _____ ☐ منزل ☐ همراه

بخش 2: نحوه دریافت ارتباط محرمانه

اینجانب بدینوسیله درخواست دارم که ارتباطات حاوی اطلاعات محرمانه (خصوصی) از طریق روش‌های زیر برای من ارسال شود (لطفاً همه موارد مرتبط را انتخاب کنید):

☐ ارسال از طریق پست به این آدرس ترجیحی:

آدرس: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

☐ ارسال ایمیل به:

☐ از طریق تماس با: _____ ☐ منزل ☐ تلفن

همراه

بخش 3: امضاء

با امضای زیر، من صحت و درستی اطلاعات فوق را تأیید می‌کنم. من خواستار اعمال این تغییر در نحوه ارتباط تا زمانی هستم که آن را لغو کنم یا یک فرم درخواست ارتباط محرمانه جدید ارائه دهم.

اگر به نمایندگی از عضو امضاء می‌کنید، لطفاً نسبت خود را در بخش زیر شرح دهید. اگر شما نماینده شخصی عضو هستید، لطفاً نسخه‌هایی از آن فرم‌ها (مانند وکالتنامه یا حکم قیمومیت) را برای ما ارسال نمایید.

امضاء: _____	تاریخ: _____
نسبت، در صورت امضاء به نمایندگی از عضو: _____	