

## Mẫu Đơn Yêu Cầu Liên Lạc Bảo Mật

Hội viên của Alameda Alliance for Health (Alliance) có quyền chọn cách chúng tôi liên hệ với họ về dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong đó bao gồm thông tin sức khỏe được bảo vệ (Protected Health Information, PHI) của họ. Chúng tôi có thể liên hệ với hội viên một cách bảo mật qua đường bưu điện, email hoặc điện thoại.

Nếu quý vị muốn nhận thông tin bảo mật cho bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị nhận được, vui lòng hoàn thành và gửi lại mẫu đơn này.

Nếu quý vị từ 12 tuổi trở lên và đang nhận dịch vụ chăm sóc cho các nhu cầu sức khỏe nhạy cảm, quý vị có thể yêu cầu giữ bảo mật thông tin này.

Các dịch vụ nhạy cảm bao gồm:

- Chăm sóc sức khỏe tinh thần
- Điều trị tình trạng lạm dụng rượu bia hoặc ma túy
- Chăm sóc thai kỳ hoặc biện pháp tránh thai
- Chăm sóc khi sinh con
- Xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infection, STI)

Alliance sẽ gửi mọi thông tin liên lạc bảo mật có chứa PHI đến địa chỉ nhận thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại ưu tiên mà quý vị cung cấp.

### Hướng dẫn

1. Vui lòng viết chữ in rõ ràng hoặc đánh máy vào tất cả các mục dưới đây.
2. Nộp mẫu đơn đã điền đầy đủ một cách trực tiếp, qua đường bưu điện, fax hoặc email.

Đối với hội viên Alliance Group Care và Medi-Cal:

Nộp trực tiếp/quia đường bưu điện:

Attn: Member Services Department  
Alameda Alliance for Health  
1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

Đối với hội viên của Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

Nộp trực tiếp/quia đường bưu điện:

Attn: Alameda Alliance Wellness Member Service Department  
Alameda Alliance Wellness  
1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Email: **DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org**

**Xin lưu ý:** Quý vị có thể thay đổi hoặc hủy yêu cầu của mình bất cứ lúc nào bằng cách gửi mẫu đơn mới.

**Mẫu Đơn Yêu Cầu Liên Lạc Bảo Mật****Mục 1: Thông Tin Hội Viên**

Họ: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_  
Ngày Sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM): \_\_\_\_\_  
Số ID Hội Viên Alliance: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ: \_\_\_\_\_  
Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Bưu Chính: \_\_\_\_\_  
Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_ ☐ Nhà riêng ☐ Di động

**Mục 2: Cách Nhận Thông Tin Liên Lạc Bảo Mật**

Tôi yêu cầu tất cả liên lạc có chứa thông tin bảo mật (riêng tư) đều phải được gửi cho tôi qua (vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp):

- ☐ Gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ ưu tiên sau đây:  
Địa Chỉ: \_\_\_\_\_  
Thành Phố: \_\_\_\_\_ Tiểu Bang: \_\_\_\_\_ Mã Bưu Chính: \_\_\_\_\_
- ☐ Gửi email đến: \_\_\_\_\_
- ☐ Gọi đến số điện thoại: \_\_\_\_\_ ☐ Nhà riêng ☐ Di động

**Mục 3: Chữ Ký**

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này là đúng và chính xác. Tôi hiểu rằng yêu cầu này sẽ thay đổi cách Alliance liên lạc với tôi. Hình thức liên lạc này sẽ giữ nguyên cho đến khi tôi hủy bỏ hoặc gửi Mẫu Đơn Yêu Cầu Liên Lạc Bảo Mật mới của Alliance.

Nếu quý vị ký tên thay mặt cho hội viên, vui lòng mô tả mối quan hệ của quý vị dưới đây. Nếu quý vị đã được tòa án hoặc thủ tục pháp lý chỉ định làm người đại diện cá nhân của hội viên, vui lòng gửi cho chúng tôi bản sao các hồ sơ pháp lý (chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ).

Chữ Ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ (nếu ký thay hội viên): \_\_\_\_\_

Mẫu đơn này tuân thủ Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) năm 1996, Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)/Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Dành Cho Người Đủ Điều Kiện Kép (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP), các yêu cầu theo hợp đồng của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) California, cũng như các luật bảo mật hiện hành của California, trong đó có Đạo Luật Bảo Mật Thông Tin Y Tế (Confidentiality of Medical Information Act, CMIA) và Bộ Luật Sức Khỏe & An Toàn §1364.5.