



Biểu Mẫu Yêu Cầu Liên Lạc Bảo Mật

Là hội viên của Alameda Alliance for Health (Alliance), quý vị có quyền lựa chọn cách thức chúng tôi liên hệ với quý vị về vấn đề chăm sóc sức khỏe của quý vị. Trong đó bao gồm thông tin sức khỏe được bảo vệ (protected health information, PHI) của quý vị. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị qua thư, email hoặc điện thoại theo cách thức bảo mật.

Nếu việc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị có thể khiến quý vị gặp nguy hiểm, chúng tôi có thể giữ bảo mật thông tin đó. Quý vị không cần cung cấp bằng chứng cho thấy quý vị đang gặp nguy hiểm.

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 tâm thần
- Điều trị tình trạng sử dụng đồ uống có cồn hoặc chất kích thích
- 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)

Đối với những dịch vụ này, Alliance sẽ không gửi Bản Giải Thích Quyền Lợi (Explanation of Benefits, EOB) cho người đứng tên chính trong chương trình bảo hiểm sức khỏe (chủ hợp đồng).

Để yêu cầu truyền đạt bảo mật thông tin y tế, quý vị phải gửi biểu mẫu này qua thư, fax hoặc email:

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

Fax: **1.877.747.4504**

Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

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

Phần 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

Phần 2: Cách được liên lạc bảo mật

Tôi yêu cầu Alliance liên lạc với tôi để cung cấp thông tin bảo mật (riêng tư) cho tôi qua hình thức (vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp):

☐ Gửi thư đến địa chỉ ưu tiên sau đây:

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

☐ Gửi email đến: _____

☐ Gọi điện đến số: _____ ☐ Nhà riêng ☐ Di động

Phần 3: Chữ ký

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong biểu mẫu 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 được giữ nguyên cho đến khi tôi hủy bỏ hoặc gửi Biểu Mẫu Yêu Cầu Alliance Liên Lạc Bảo Mật mới.

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 giấy tờ pháp lý (chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ).

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Mối quan hệ (nếu ký thay hội viên): _____

Biểu mẫu 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 Dành Cho Cá Nhân Có Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Hưởng 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 Y Tế và An Toàn §1364.5.