



授權代表 (AOR) 書及 披露受保護健康資訊授權書

作為 Alameda Alliance for Health (Alliance) 的會員，您可以選擇一名人士作為您的授權代表 (Authorized Representative, AOR)。您的 AOR 可代您與我們溝通。我們將與此位代表合作，有如我們與您合作一樣。您的 AOR 可以就大多數醫療保健事宜代您行使權利，並接獲且披露您的個人健康資訊 (Personal Health Information, PHI)。請填寫此表以申請一名 AOR。

說明

1. 請以正楷字體清晰填寫，或在下方字段中輸入。

2. 請將填妥的表格郵寄或傳真至：

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

傳真：1.877.747.4504

第 1 部分：會員資訊 (必填)

ALLIANCE 計畫會員：

姓氏：_____ 名字：_____

ALLIANCE 會員家長/監護人 (如適用)

姓氏：_____ 名字：_____

ALLIANCE 計畫成員識別編號：_____ 出生日期 (月/日/年)：_____

住家電話號碼：_____ 手機電話號碼：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

簽名：_____ 日期：_____

本表下頁繼續填寫。

第 2 部分：會員資訊授權類型 (必填)

☐ 本人授權使用和披露任何 PHI，其中包括：參與本人治療的保健業者、診斷結果、治療程序、人口普查資訊、保險或福利索償，以及為接受醫療服務而獲得必要的批准或授權。其中還包括心理健康、毒品或酒精濫用，以及與 HIV/AIDS 相關的資訊，除非排除以下資訊：

☐ 排除 HIV/AIDS 相關資訊

☐ 排除心理健康資訊

☐ 排除藥物或酒精濫用資訊

☐ 排除其他：_____

請注意：此項授權並不授予代表者對治療或直接護理決定的權限；亦不改變 Alliance 對您的醫療保健服務之處理方式。

第 3 部分：獲授權的使用和/或披露 (必填)

請選擇每個方框以確認您已閱讀并理解每種情況。

☐ 本人指定下列人士擔任本人和/或本人子女的代表。

☐ 本人授權此位代表接獲、討論和披露 PHI。

☐ 本人確認，此項授權純屬自願。

☐ 本人明白，我可以隨時以書面形式通知 Alliance 撤銷此項授權。

☐ 此任命立即生效，且在簽名之日起一 (1) 年內有效，

或在此處註明日期：_____ (終止日期)。

第 4 部分：授權代表資訊以及接受任命 (必填)

填寫此表，即表示本人接受上述任命。

授權代表姓名：_____

組織名稱 (如適用)：_____

住家電話號碼：_____ 手機電話號碼：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

簽名：_____ 日期：_____



有疑問？請致電Alliance計畫成員服務處

電話號碼：1.510.747.4567

免費電話：1.877.932.2738

聽障與語障人士 (CRS/TTY) 專線：711/1.800.735.2929

www.alamedaalliance.org