

فرم لغو مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه عضو (ASCFI)

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد _____ شماره شاخص مشتری _____
(در صورت وجود) Medi-Cal

اگر می‌خواهید رضایت خود را برای به اشتراک گذاشتن انواع خاصی از اطلاعات خود توسط شرکای مراقبتی پس بگیرید، از این فرم استفاده کنید.

فرم لغو ASCFI فقط در صورتی باید استفاده شود که قبلاً فرم ASCFI (غیر AB 133 یا AB 133) را امضا کرده باشید و به اشتراک‌گذاری اطلاعات خود رضایت داده باشید.

اطلاعات مشتری

نام مشتری: _____ تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____
شماره شاخص مشتری Medi-Cal (در صورت وجود):¹ _____
آدرس پستی:² _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
آدرس محل سکونت: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی (اختیاری): _____
شماره تلفن (اختیاری): _____ آدرس ایمیل (اختیاری): _____

¹ شماره شاخص مشتری شامل نه کاراکتر اول شماره شناسایی موجود روی کارت شناسایی مزایای عضو Medi-Cal است.
² این می‌تواند هر آدرسی باشد که بتوانید از طریق آن نامه دریافت کنید، از جمله آدرس یک دوست، پناهگاه یا یکی از اعضای خانواده.

فرم لغو مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه عضو (ASCFI)

نام _____ نام میانی _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد _____ شماره شاخص مشتری _____
(در صورت وجود) Medi-Cal

با تکمیل فرم لغو ASCFI، هر داده‌ای که در فرم ASCFI برای اشتراک‌گذاری آن گزینه «بله» را انتخاب کرده‌اید، به «خیر / شامل من نمی‌شود» تغییر خواهد یافت. این ممکن است شامل هر یک از انواع اطلاعات ذکر شده در زیر باشد. اگر علاقه‌مند به تغییر فقط برخی از تنظیمات رضایت خود هستید، فرم ASCFI جدیدی را تکمیل کنید.

فرم ASCFI (غیر AB 133 و AB 133)

« اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که توسط C.F.R. 42 بخش 2 محافظت می‌شود.

« اطلاعات مسکن، شامل وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های شما.

فرم ASCFI (فقط برای غیر AB 133)

« برخی از اطلاعات مربوط به سلامت روان.

« اطلاعات مربوط به ناتوانی ذهنی و رشدی.

« نتایج آزمایش HIV.

« نتایج آزمایش ژنتیک.

نام مشتری	امضای مشتری	تاریخ (ماه/روز/سال)
نام والدین/سرپرست/نماینده قانونی	امضای والدین/سرپرست/نماینده قانونی	تاریخ (ماه/روز/سال)