

加入者機密情報共有承認 (ASCMI) 撤回フォーム

名（名前）

ミドルネーム

姓（苗字）

生年月日

Medi-Calクライアント
インデックス番号
(該当する場合)

ケアパートナーに提供した特定種類の情報共有に対する同意を撤回する場合に、本フォームを使用します。

以前にASCMIフォーム (AB 133かNon-AB 133のいずれか) に署名して情報の共有に同意した場合にのみASCMI撤回フォームを使用してください。

クライアントの情報

クライアントの氏名 : _____ 生年月日（月/日/年） : _____

Medi-Calクライアントインデックス番号（該当する場合）¹ : _____

郵送先住所² : _____

市 : _____ 州 : _____ 郵便番号 : _____

住所 : _____

市 : _____ 州 : _____ 郵便番号（任意） : _____

電話番号（任意） : _____ 電子メールアドレス（任意） : _____

¹ Medi-Cal加入者の給付IDカード（BIC）の表面に記載されている識別番号の冒頭9文字が、クライアントインデックス番号となります。

² 友人、シェルター、家族の住所など、郵便物を受け取ることができる任意の住所を指定することができます。

加入者機密情報共有承認（ ASCMI ）撤回フォーム

名（名前）	ミドルネーム	姓（苗字）	生年月日	Medi-Calクライアント インデックス番号 (該当する場合)
-------	--------	-------	------	--

ASCMI撤回フォームに記入することで、ASCMIフォームで共有について「はい」を選択したデータすべてが「いいえ/自身には該当しない」に変更されます。これには、以下に一覧されている種類の情報のいずれかが含まれる可能性があります。一部の同意のみを変更する場合は、新たなASCMIフォームに記入してください。

ASCMIフォーム（AB 133およびNon-AB 133）

- » 連邦規則集（C.F.R.）第42巻第2部によって保護されている薬物使用障害に関する情報
- » 居住状況、履歴、居住支援などに関する居住関連情報

ASCMIフォーム（Non-AB 133のみ）

- » 一部のメンタルヘルスに関する情報
- » 知的障害と発達障害に関する情報
- » HIV検査の結果
- » 遺伝子検査の結果

クライアントの氏名	クライアントの署名	日付（月/日/年）
親/保護者/法定代理人の氏名	親/保護者/法定代理人の署名	日付（月/日/年）