

ФОРМА ОТМЕНЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM)

Имя _____ Отчество _____ Фамилия _____ Дата рождения _____ Индексный номер клиента
Medi-Cal (если применимо) _____

Используйте эту форму, если вы хотите отозвать свое согласие на передачу определённых видов вашей информации Партнерами по уходу.

Форму отмены ASCMI следует использовать только в том случае, если вы ранее подписали форму ASCMI (в рамках AB 133 или не AB 133), давая согласие на передачу вашей информации.

Информация о клиенте

Имя клиента: _____ Дата рождения (MM/DD/YYYY): _____

Номер клиента Medi-Cal (если применимо)¹: _____

Почтовый адрес²: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Адрес проживания: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс (необязательно): _____

Номер телефона (необязательно): _____

Адрес электронной почты (необязательно): _____

¹ Номер клиента — это первые девять символов идентификационного номера, указанные на лицевой стороне идентификационной карточки получателя льгот Medi-Cal.

² Это может быть любой адрес, по которому вы можете получать почту, включая адрес друга, приюта или члена семьи.

ФОРМА ОТМЕНЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM)

Имя _____ Отчество _____ Фамилия _____ Дата рождения _____ Индексный номер клиента
Medi-Cal (если применимо) _____

Заполнив форму отмены ASCMI, вы измените ответы для всех ранее отмеченных вами пунктов в форме ASCMI с **«Да»** на **«Нет / Не относится ко мне»**. Это может включать любой из перечисленных ниже типов информации. Если вы хотите изменить только некоторые из своих согласий, заполните новую форму ASCMI.

Форма ASCMI (AB 133 и не AB 133)

- » Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, защищённая согласно 42 C.F.R. Часть 2.
- » Информация о жилье, включая ваш текущий статус, историю проживания и получаемую поддержку.

Форма ASCMI (только для не AB 133)

- » Некоторая информация о психическом здоровье.
- » Информация об интеллектуальных нарушениях развития
- » Результаты теста на ВИЧ.
- » Результаты генетических тестов

Имя клиента	Подпись клиента	Дата (мм/дд/гггг)
Имя родителя/опекуна/ законного представителя	Подпись родителя/опекуна/ законного представителя	Дата (мм/дд/гггг)