

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

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 ASCFI следует использовать только в том случае, если вы ранее подписали форму ASCFI (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 (ASCFI)

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

Заполнив форму отмены ASCFI, вы измените ответы для всех ранее отмеченных вами пунктов в форме ASCFI 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 ASCFI.

Форма ASCFI (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 ASCFI (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)