

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCMI) FORM NG PAGBAWI

Unang Pangalan	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
----------------	------------------	----------	-----------------------	---

Gamitin ang Form na ito kung nais mong bawiin ang iyong pahintulot para maibahagi ng Care Partners ang ilang partikular na uri ng iyong impormasyon.

Ang Form sa Pagbawi ng ASCMI ay dapat lamang gamitin kung dati mong nilagdaan ang ASCMI na Form (alinman sa AB 133 o Non-AB 133) na pumapayag na ibahagi ang iyong impormasyon.

Impormasyon sa Kliyente

Pangalan ng Kliyente: _____

Petsa ng Kapanganakan (bb/aa/tttt): _____

Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-cal (kung naaangkop) ¹: _____

Address na Papadalhan ng Koreo²: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Residensyal na Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code (opsyonal): _____

Numero ng Telepono (opsyonal): _____ E-mail Address (opsyonal): _____

¹ Ang Numero ng Indeks ng Kliyente ay ang unang siyam na karakter ng numero ng pagkakakilanlan na matatagpuan sa harap ng Kard ng Pagkakakilanlan ng mga Benepisyo o Benefits Identification Card ng Miyembro ng Medi-Cal.

² Ito ay maaaring maging anumang address kung saan maaari kang makatanggap ng koreo, kabilang ang address ng isang kaibigan, tirahan, o miyembro ng pamilya.

AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL MEMBER INFORMATION (ASCMI) FORM NG PAGBAWI

Unang Pangalan	Gitnang Pangalan	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Indeks ng Kliyente ng Medi-Cal (kung naaangkop)
----------------	------------------	----------	-----------------------	---

Sa pamamagitan ng pagkumpleto ng Form sa Pagbawi ng ASCMI, ang anumang data na iyong pinili mo ng **“Oo”** sa pagbabahagi sa ASCMI Form ay mapapalitan ng **"Hindi / Hindi naaangkop sa akin."** Maaaring kabilang dito ang alinman sa mga sumusunod na uri ng impormasyong nakalista sa ibaba. Kung interesado kang baguhin ang ilan lamang sa iyong mga kagustuhan sa pagpapahintulot, kumpletuhin ang isang bagong ASCMI na Form

ASCMI na Form (AB 133 at Non-AB 133)

- » Impormasyon sa sakit sa paggamit ng pinagbabawal na droga na protektado ng 42 CFR Part 2.
- » Impormasyon sa pabahay, kabilang ang iyong katayuan sa pabahay, kasaysayan, at mga suporta.

ASCMI na Form (Non-AB 133 lamang)

- » Ilang impormasyon sa kalusugan ng isip.
- » Impormasyon sa kapansanan sa intelektwal at pag-unlad.
- » Mga resulta ng pagsusuri sa HIV.
- » Mga resulta ng pagsusuring henetiko.

Pangalan ng Kliyente	Lagda ng Kliyente	Petsa (bb/aa/tttt)
Pangalan ng Magulang/ Tagapangalaga/Legal na Kinatawan	Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga/ Legal na Kinatawan	Petsa (bb/aa/tttt)