

ФОРМА ВІДКЛИКАННЯ ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCMI)

Ім'я	Друге ім'я	Прізвище	Дата народження	Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)
------	------------	----------	--------------------	--

Використовуйте цю форму, якщо ви хочете відкликати свою згоду на те, щоб Care Partners передавали певні види вашої інформації.

Форму відкликання ASCMI слід використовувати лише в тому випадку, якщо ви раніше підписали форму ASCMI (AB 133 або Non-AB 133), даючи згоду на передачу вашої інформації.

Інформація про клієнта

Ім'я клієнта: _____ Дата народження (мм/дд/рррр): _____

Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)¹: _____

Поштова адреса²: _____

Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____

Адреса проживання: _____

Місто: _____ Штат: _____

Поштовий індекс (необов'язково): _____

Номер телефону (необов'язково): _____

Адреса електронної пошти (необов'язково): _____

¹ Індекс клієнта - це перші дев'ять символів ідентифікаційного номера, розташованого на лицьовій стороні ідентифікаційної картки учасника програми Medi-Cal.

² Це може бути будь-яка адреса, на яку ви можете отримувати пошту, в тому числі адреса друга, притулку або члена сім'ї.

ФОРМА ВІДКЛИКАННЯ ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCMI)

Ім'я	Друге ім'я	Прізвище	Дата народження	Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)
------	------------	----------	--------------------	--

Заповнивши «Форму відкликання ASCMI», ви змінюєте позначку біля будь-яких даних, для надання яких ви вибрали **«Так»** у Формі ASCMI, на позначку **«Ні / Мене це не стосується»**. Це може включати будь-який з перелічених нижче видів інформації. Якщо ви хочете змінити лише деякі з ваших виборів згоди, заповніть нову форму ASCMI.

Форма ASCMI (AB 133 і Non-AB 133)

- » Інформація про розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, захищена положеннями Частини 2 Розділу 42 Кодекса федеральних правил (42 C.F.R Part 2).
- » Інформація про житло, включаючи ваш житловий статус, історію та житлову підтримку.

Форма ASCMI (тільки Non-AB 133)

- » Деяка інформація про психічне здоров'я.
- » Інформація про інтелектуальні порушення та порушення розвитку.
- » Результати тесту на ВІЛ.
- » Результати генетичного тесту.

Ім'я клієнта	Підпис клієнта	Дата (мм/дд/рррр)
Ім'я одного із батьків/опікуна/ законного представника	Підпис одного із батьків/опікуна/ законного представника	Дата (мм/дд/рррр)