

## نموذج ASCMI Revocation الخاص بإلغاء الإذن الذي تم منحه لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI)

استخدم هذا النموذج إذا كنت تريد التراجع عن موافقتك على قيام شركاء الرعاية بمشاركة أنواع معينة من معلوماتك. لا ينبغي استخدام نموذج ASCMI Revocation الخاص بالإلغاء، إلا في حالة كنت قد وقعت مسبقاً على نموذج ASCMI (سواء AB 133 أو Non-AB 133) بالموافقة على مشاركة معلوماتك.

معلومات العميل	
اسم العميل:	تاريخ الميلاد (سنة/يوم/ شهر)
الرقم المرجعي للعميل في Medi-Cal (إذا كان الأمر ينطبق): <sup>1</sup>	
العنوان البريدي: <sup>2</sup>	
المدينة:	الولاية: الرمز البريدي:
عنوان السكن:	
المدينة:	الولاية: الرمز البريدي (اختياري):
رقم الهاتف (اختياري):	عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):

من خلال إكمال نموذج ASCMI Revocation الخاص بالإلغاء، سيتم تغيير جميع البيانات التي اخترت مشاركتها بالإجابة "نعم" في نموذج ASCMI إلى "لا / لا ينطبق على حالتي". وقد يشمل ذلك أي من أنواع المعلومات المدرجة أدناه. إذا كنت مهتماً بتغيير بعض تفضيلات موافقتك فقط، قم بإكمال نموذج ASCMI جديد.

### نموذج ASCMI (نموذج AB 133 ونموذج Non-AB 133)

« معلومات عن اضطراب تعاطي المواد التي يحميها القانون الفدرالي C.F.R. 42 الجزء 2.

« معلومات الإسكان، بما في ذلك حالة الإسكان الخاصة بك، وتاريخها، والدعم.

### نموذج ASCMI (نموذج Non-AB 133 فقط)

« بعض المعلومات حول الصحة النفسية.

« معلومات عن الإعاقة الذهنية والنمائية.

« نتائج فحوصات فيروس HIV.

« نتائج الفحوصات الوراثية.

<sup>1</sup> رقم فهرس العميل هو أول تسعة رموز من رقم التعريف الموجود على الجانب الأمامي من بطاقة هوية مخصصات عضو Medi-Cal.  
<sup>2</sup> يمكن أن يكون هذا أي عنوان يمكنك تلقي البريد عليه، بما في ذلك عنوان صديق أو مأوى أو أحد أفراد العائلة.

## نموذج ASCMI Revocation الخاص بإلغاء الإذن الذي تم منحه لمشاركة معلومات الأعضاء السرية (ASCMI)

اسم العميل	توقيع العميل	التاريخ (سنة/يوم/شهر)
اسم ولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	توقيع ولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	التاريخ (سنة/يوم/شهر)