

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

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 بإلغاء، إلا في حالة كنت قد وقعت مسبقاً على نموذج
(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): ¹	_____
العنوان البريدي: ²	_____
المدينة:	_____
عنوان السكن:	_____
المدينة:	_____
الرمز البريدي (اختياري):	_____
الولاية:	_____
الرمز البريدي (اختياري):	_____
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):	_____
رقم الهاتف (اختياري):	_____

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

نموذج ASCMI Revocation (Non-AB 133 ونموذج 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 Revocation (نموذج Non-AB 133 فقط)

- « بعض المعلومات حول الصحة النفسية.
- « معلومات عن الإعاقة الذهنية والنمائية.
- « نتائج فحوصات فيروس HIV.
- « نتائج الفحوصات الوراثية.

¹ رقم فهرس العميل هو أول تسعه رموز من رقم التعريف الموجود على الجانب الأمامي من بطاقة هوية مخصصات عضو Medi-Cal.
² 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 (ASCMII)**

الاسم العميل	توقيع العميل	التاريخ (سنة/يوم/شهر)
اسمولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	توقيعولي الأمر/الوصي/الممثل القانوني	الاسم العميل