

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCFI) 철회 양식

케어 파트너가 특정 유형의 귀하의 정보를 공유하는 것에 대한 동의를 철회하고자 할 경우, 본 양식을 사용하십시오.

ASCFI 철회 양식은 이전에 귀하의 정보 공유에 동의하는 ASCFI 양식(AB 133 또는 Non-AB 133)에 서명한 경우에만 사용해야 합니다.

고객 정보

고객 성명: _____ 생년월일(월/일/년): _____

Medi-Cal 고객 색인 번호(해당되는 경우)¹: _____

우편 주소²: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

거주지 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편 번호(선택 사항): _____

전화번호(선택 사항): _____ 이메일 주소(선택 사항): _____

ASCFI 철회 양식을 작성하면, ASCFI 양식에서 공유에 “예”라고 선택한 모든 데이터가 “아니오 / 해당 없음”으로 변경됩니다. 여기에는 아래에 나열된 다음 유형의 정보가 포함될 수 있습니다. 동의 선택 사항 중 일부만 변경하려는 경우, 새 ASCFI 양식을 작성하십시오.

ASCFI 양식(AB 133 및 Non-AB 133)

- » 연방 규정 42 C.F.R. Part 2에 의해 보호되는 약물 사용 장애 정보.
- » 귀하의 주거 상태, 이력, 지원을 포함한 주거 정보.

ASCFI 양식(Non-AB 133에만 해당)

- » 일부 정신 건강 정보.
- » 지적 및 발달 장애 정보.
- » HIV 검사 결과.
- » 유전자 검사 결과

¹ 고객 색인 번호는 Medi-Cal 회원 복지 식별 카드 앞면에 표시된 식별 번호 중 9자리입니다.

² 친구, 쉼터 또는 가족의 주소를 포함하여 우편물을 받을 수 있는 모든 주소를 기재할 수 있습니다.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCFI) 철회 양식

고객 이름	고객 서명	날짜(월/일/년)
부모/후견인/법적 대리인 성명	부모/후견인/법적 대리인 서명	날짜(월/일/년)