

## ФОРМА ОТМЕНЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM)

**Используйте эту форму, если вы хотите отозвать своё согласие на передачу определённых видов вашей информации компанией Care Partners.**

Форму отмены ASCM следует использовать только в том случае, если вы ранее подписали форму ASCM (в рамках AB 133 или вне её (Non-AB 133), давая согласие на передачу вашей информации.

### Информация о клиенте

Имя клиента: \_\_\_\_\_ Дата рождения (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_  
Номер клиента Medi-Cal (если применимо)<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Адрес проживания: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_  
Почтовый индекс (необязательно): \_\_\_\_\_  
Номер телефона (необязательно): \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты (необязательно): \_\_\_\_\_

Заполнив форму отмены ASCM, вы измените все ранее выбранные вами пункты **«Да»** в форме ASCM на **«Нет / Не относится ко мне»**. Это может включать любой из перечисленных ниже типов информации. Если вы хотите изменить только некоторые из своих согласий, заполните новую форму ASCM.

### Форма ASCM (AB 133 и не-AB 133)

- » Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, защищённая согласно 42 C.F.R. Часть 2.
- » Информация о жилье, включая ваш текущий статус, историю проживания и получаемую поддержку.

<sup>1</sup> Индексный номер клиента — это первые девять символов идентификационного номера, указанные на лицевой стороне Карты Идентификации Получателя Льгот Medi-Cal.

<sup>2</sup> Это может быть любой адрес, по которому вы можете получать почту, включая адрес друга, приюта или члена семьи.

## ФОРМА ОТМЕНЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCM)

### Форма ASCM (только для не-AB 133)

- » Некоторая информация о психическом здоровье.
- » Информация об интеллектуальных и развитии нарушениях
- » Результаты теста на ВИЧ.
- » Результаты генетических тестов

Имя клиента	Подпись клиента	Дата (mm/dd/yyyy)
Имя родителя/опекуна/ законного представителя	Подпись родителя/опекуна/законного представителя	Дата (mm/dd/yyyy)