

# ФОРМА ОТМЕНЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА РАССКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCFI)

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

Форму отмены ASCFI следует использовать только в том случае, если вы ранее подписали форму ASCFI (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<sup>адрес<sup>2</sup></sup>: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс (необязательно): \_\_\_\_\_

Номер телефона (необязательно): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (необязательно): \_\_\_\_\_

Заполнив форму отмены ASCFI, вы измените все ранее выбранные вами пункты «Да» в форме ASCFI 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 ASCFI.

## Форма ASCFI (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 РАССКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОБ УЧАСТНИКЕ (ASCMI)

## Форма ASCMI (только для не-AB 133)

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

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