

แบบฟอร์มขอเพิกถอนการอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCMI)

ใช้แบบฟอร์มนี้หากคุณต้องการเพิกถอนความยินยอมของคุณสำหรับผู้ดูแลในการแบ่งปันข้อมูลบางประเภทของคุณ

ควรใช้แบบฟอร์มขอเพิกถอน ASCMI เฉพาะในกรณีที่คุณลงนามในแบบฟอร์ม ASCMI ไว้ก่อนหน้านี้ (แบบฟอร์ม AB 133 หรือแบบฟอร์ม Non-AB 133) เพื่อยินยอมให้แบ่งปันข้อมูลของคุณ

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อลูกค้า: _____ วันเดือนปีเกิด (ดต/ว/ปปปป) _____

หมายเลขดัชนีลูกค้า Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)¹: _____

ที่อยู่ทางไปรษณีย์²: _____

เมือง: _____ รัฐ: _____ รหัสไปรษณีย์: _____

ที่อยู่อาศัยเลขที่: _____

เมือง: _____ รัฐ: _____

รหัสไปรษณีย์ (สามารถเลือกตอบได้): _____

หมายเลขโทรศัพท์ (สามารถเลือกตอบได้): _____

ที่อยู่อีเมล (สามารถเลือกตอบได้): _____

เมื่อกรอกแบบฟอร์มขอเพิกถอน ASCMI ข้อมูลใด ๆ ที่คุณเลือกคำตอบ "ใช่" เพื่อแบ่งปันในแบบฟอร์ม ASCMI จะถูกเปลี่ยนเป็น "ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า" อาจรวมถึงข้อมูลประเภทใดประเภทหนึ่งต่อไปนี้ตามรายการด้านล่าง หากสนใจที่จะเปลี่ยนแปลงการตั้งค่าความยินยอมเพียงบางส่วน โปรดกรอกแบบฟอร์ม ASCMI ใหม่

แบบฟอร์ม ASCMI (แบบฟอร์ม AB 133 และแบบฟอร์ม Non-AB 133)

- » ข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดที่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมาย 42 CFR ส่วนที่ 2
- » ข้อมูลที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานะที่อยู่อาศัย ประวัติ และการสนับสนุนของคุณ

¹ หมายเลขดัชนีลูกค้าคือแถวแรกของหมายเลขประจำตัวที่อยู่ด้านหน้าบัตรประจำตัวสิทธิประโยชน์สมาชิก Medi-Cal

² อาจเป็นที่อยู่ใดก็ได้ที่คุณสามารถรับจดหมายได้ รวมถึงที่อยู่ของเพื่อน สถานสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัว

แบบฟอร์มขอเพิกถอนการอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCMI)

แบบฟอร์ม ASCMI (เฉพาะแบบฟอร์ม Non-AB 133 เท่านั้น)

- » ข้อมูลด้านสุขภาพจิตบางส่วน
- » ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและการพัฒนาการ
- » ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
- » ผลการตรวจทางพันธุศาสตร์

ชื่อลูกค้า	ลายเซ็นลูกค้า	วันที่ (ดด/วว/ปปปป)
ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ตัวแทนทางกฎหมาย	ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ตัวแทนทางกฎหมาย	วันที่ (ดด/วว/ปปปป)