

ФОРМА ВІДКЛИКАННЯ ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCMI)

Використовуйте цю форму, якщо ви хочете відкликати свою згоду на те, щоб Care Partners передавали певні види вашої інформації.

Форму відкликання ASCMI слід використовувати лише в тому випадку, якщо ви раніше підписали форму ASCMI (AB 133 або Non-AB 133), даючи згоду на передачу вашої інформації.

Інформація про клієнта

Ім'я клієнта: _____

Дата народження (мм/дд/рррр): _____

Індекс клієнта Medi-Cal (якщо застосовується)¹: _____

Поштова адреса²: _____

Місто: _____ Штат: _____

Поштовий індекс: _____

Адреса проживання: _____

Місто: _____ Штат: _____

Поштовий індекс (необов'язково): _____

Номер телефону (необов'язково): _____

Адреса електронної пошти (необов'язково): _____

Заповнивши «Форму відкликання ASCMI», ви змінюєте позначку біля будь-яких даних, для надання яких ви вибрали **«Так»** у Формі ASCMI, на позначку **«Ні / Мене це не стосується мене»**. Це може включати будь-який з перелічених нижче видів інформації. Якщо ви хочете змінити лише деякі з ваших виборів згоди, заповніть нову форму ASCMI.

Форма ASCMI (AB 133 і Non-AB 133)

- » Інформація про розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, захищена положеннями Частини 2 Розділу 42 Кодекса федеральних правил (42 C.F.R Part 2).
- » Інформація про житло, включаючи ваш житловий статус, історію та житлову підтримку.

¹ Індекс клієнта - це перші дев'ять символів ідентифікаційного номера, розташованого на лицьовій стороні ідентифікаційної картки учасника програми Medi-Cal.

² Це може бути будь-яка адреса, на яку ви можете отримувати пошту, в тому числі адреса друга, притулку або члена сім'ї.

ФОРМА ВІДКЛИКАННЯ ДОЗВОЛУ НА ПЕРЕДАЧУ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УЧАСНИКА (ASCMІ)

Форма ASCMI (тільки Non-AB 133)

- » Деяка інформація про психічне здоров'я.
- » Інформація про інтелектуальні порушення та порушення розвитку.
- » Результати тесту на ВІЛ.
- » Результати генетичного тесту.

Ім'я клієнта	Підпис клієнта	Дата (мм/дд/рррр)
Ім'я одного із батьків/опікуна/ законного представника	Підпис одного із батьків/опікуна/ законного представника	Дата (мм/дд/рррр)