

MẪU ĐƠN THU HỒI ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT HỘI VIÊN (ASCOMI)

Sử dụng Mẫu Đơn này nếu quý vị muốn thu hồi sự đồng ý cho phép Đối Tác Chăm Sóc chia sẻ một số loại thông tin nhất định của quý vị.

Mẫu Đơn Thu Hồi ASCMI chỉ nên được sử dụng nếu trước đó quý vị đã ký vào Mẫu đơn ASCMI (AB 133 hoặc Không-AB 133) đồng ý chia sẻ thông tin của quý vị.

Thông Tin Khách Hàng

Tên Khách Hàng: _____ Ngày Sinh (tháng/ngày/năm): _____

Số Chỉ Mục Khách Hàng Medi-Cal (nếu có)¹: _____

Địa chỉ gửi thư²: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu chính (ZIP): _____

Địa Chỉ Cư Trú: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____

Mã Bưu chính (ZIP) (không bắt buộc): _____

Số Điện Thoại (không bắt buộc): _____ Địa chỉ email (không bắt buộc): _____

Bằng cách hoàn thành Mẫu Đơn Thu Hồi ASCMI, bất kỳ dữ liệu nào quý vị đã chọn **“Có”** để chia sẻ trong Mẫu Đơn ASCMI sẽ được thay đổi thành **“Không / Không áp dụng cho tôi.”** Điều này có thể bao gồm bất kỳ loại thông tin nào được liệt kê bên dưới. Nếu quý vị chỉ muốn thay đổi một số tùy chọn đồng ý của mình, hãy hoàn thành Mẫu Đơn ASCMI mới.

Mẫu Đơn ASCMI (AB 133 và Không-AB 133)

- » Thông tin về rối loạn sử dụng chất được bảo vệ bởi 42 C.F.R. Phần 2.
- » Thông tin nhà ở, bao gồm tình trạng nhà ở, lịch sử và hỗ trợ của quý vị.

Mẫu Đơn ASCMI (Chỉ dành cho Không-AB 133)

- » Một số thông tin về sức khỏe tinh thần.
- » Thông tin khuyết tật trí tuệ và khuyết tật về phát triển.

¹ Mã Số Chỉ Mục Khách Hàng là chín ký tự đầu tiên của số nhận dạng nằm ở mặt trước của Thẻ nhận dạng quyền lợi của hội viên Medi-Cal.

² Đây có thể là bất kỳ địa chỉ nào mà quý vị có thể nhận thư, bao gồm địa chỉ của bạn bè, nơi trú ẩn hoặc thành viên gia đình.

MẪU ĐƠN THU HỒI ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT HỘI VIÊN (ASCFI)

- » Kết quả xét nghiệm HIV.
- » Kết quả xét nghiệm di truyền.

Tên Khách Hàng	Chữ Ký Của Khách Hàng	Ngày (tháng/ngày/năm)
Tên Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Người Đại Diện Hợp Pháp	Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Người Đại Diện Hợp Pháp	Ngày (tháng/ngày/năm)