

# 机密会员信息共享授权 (ASCFMI) 撤销表

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

**如果您希望撤回以前对照顾伙伴共享您某些类型信息的同意，请使用本表格。**

ASCFMI 撤销表仅适用于您以前已签署 ASCFMI 表格 (无论是 AB 133 版或非 AB 133 版) 并同意共享您信息的情况。

## 客户信息

客户姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期 (月/日/年): \_\_\_\_\_

加州医疗补助客户索引号 (如适用) <sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

邮寄地址<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

居住地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码 (可选): \_\_\_\_\_

电话号码 (可选): \_\_\_\_\_ 电子邮件地址 (可选): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> “客户索引号” 是加州医疗补助会员福利身份卡正面识别号码的前九位字符。

<sup>2</sup> 此地址可以是您能够接收邮件的任何地址，包括朋友、收容所或家人的地址。

## 机密会员信息共享授权 (ASCFI) 撤销表

名字	中间名	姓氏	出生日期	加州医疗补助计划客户索引号 (如适用)
----	-----	----	------	---------------------

通过填写《ASCFI 撤销表》，您此前在《ASCFI 表》中选择“是”同意共享的任何数据，均将被更改为“否/不适用于我”。这可能包括以下任意类型的信息。如果您仅希望修改部分同意选项，请填写新的 ASCFI 表格

### ASCFI 表格 (AB 133 和非 AB 133)

- » 受《联邦法规》第 42 编第 2 部分保护的药物成瘾相关信息。
- » 住房信息，包括您的住房状况、住房历史及支持情况。

### ASCFI 表格 (仅限非 AB 133)

- » 部分心理健康信息。
- » 智力及发育障碍信息。
- » HIV 检测结果。
- » 基因检测结果。

客户姓名	客户签名	日期 (月/日/年)
家长/监护人/法定代理人姓名	家长/监护人/法定代理人签名	日期 (月/日/年)