

गोपनीय सदस्य जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCMI) निरसन फॉर्म

अगर आप केयर पार्टनर्स को अपनी कुछ प्रकार की जानकारी शेयर करने की अपनी सहमति वापस लेना चाहते हैं तो इस फॉर्म का उपयोग करें।

ASCMI निरसन फॉर्म का उपयोग केवल तभी किया जाना चाहिए जब आपने पहले ही ASCMI फॉर्म (AB 133 या गैर-AB 133) पर हस्ताक्षर करके अपनी जानकारी शेयर करने की सहमति दे दी हो।

ग्राहक की जानकारी

ग्राहक का नाम: _____ जन्म की तारीख (महीना/दिन/साल) _____

Medi-Cal क्लाइंट इंडेक्स नंबर (जैसा लागू हो)¹: _____

डाक पता²: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

आवासीय पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड (वैकल्पिक): _____

फ़ोन नंबर (वैकल्पिक): _____ ई-मेल पता (वैकल्पिक): _____

ASCMI निरसन फॉर्म को पूरा करके, ASCMI फॉर्म में शेयर करने के लिए आपके द्वारा "हाँ" चुना गया कोई भी डेटा "नहीं / यह मुझ पर लागू नहीं होता" में बदल दिया जाएगा। इसमें नीचे सूचीबद्ध किसी भी प्रकार की जानकारी शामिल हो सकती है। अगर आप अपनी सहमति प्राथमिकताओं में से केवल कुछ को बदलने में रुचि रखते हैं, तो एक नया ASCMI फॉर्म भरें

ASCMI फॉर्म (AB 133 और गैर-AB 133)

- » नशीले पदार्थों के सेवन संबंधी विकार से संबंधित जानकारी जो 42 C.F.R. भाग 2 द्वारा संरक्षित है।
- » आवास संबंधी जानकारी, जिसमें आपकी आवास स्थिति, इतिहास और सहायता शामिल है।

ASCMI फॉर्म (केवल गैर-AB 133)

- » कुछ मानसिक स्वास्थ्य जानकारी।
- » बौद्धिक एवं विकासात्मक विकलांगता की जानकारी।
- » HIV टेस्ट के परिणाम।
- » आनुवंशिक टेस्ट के परिणाम।

¹ क्लाइंट इंडेक्स नंबर, Medi-Cal सदस्य के लाभ पहचान कार्ड के सामने स्थित पहचान संख्या के पहले नौ अक्षर हैं।

² यह कोई भी पता हो सकता है जहाँ आप डाक प्राप्त कर सकते हैं, जिसमें किसी मित्र, आश्रय या परिवार के सदस्य का पता भी शामिल हो सकता है।

गोपनीय सदस्य जानकारी शेयर करने के लिए प्राधिकरण (ASCFI) रद्द करने का फॉर्म

ग्राहक का नाम	ग्राहक के हस्ताक्षर	तारीख (महीना / दिन / साल)
माता-पिता/अभिभावक/कानूनी प्रतिनिधि का नाम	माता-पिता/अभिभावक/कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख (महीना / दिन / साल)