

فرم لغو مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCFI)

اگر می‌خواهید رضایت خود را برای به اشتراک گذاشتن انواع خاصی از اطلاعات خود توسط شرکای مراقبتی پس بگیرید، از این فرم استفاده کنید.

فرم لغو ASCFI فقط در صورتی باید استفاده شود که قبلاً فرم ASCFI (AB 133 یا غیر AB-133) را امضا کرده باشید و به اشتراک‌گذاری اطلاعات خود رضایت داده باشید.

اطلاعات مشتری	
نام مشتری:	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)
شماره فهرست مراجعین Medi-Cal (در صورت وجود) ¹ :	
آدرس پستی ² :	
شهر:	ایالت: کد پستی:
آدرس محل سکونت:	
شهر:	ایالت: کد پستی (اختیاری):
شماره تلفن (اختیاری):	آدرس ایمیل (اختیاری):

با تکمیل فرم لغو ASCFI، هر داده‌ای که در فرم ASCFI برای اشتراک‌گذاری آن گزینه «بله» را انتخاب کرده‌اید، به تغییر خواهد یافت. «خیر / شامل حال من نمی‌شود.» این ممکن است شامل هر یک از انواع اطلاعات ذکر شده در زیر باشد. اگر علاقه‌مند به تغییر فقط برخی از تنظیمات رضایت خود هستید، فرم ASCFI جدیدی را تکمیل کنید.

فرم ASCFI (AB 133 و غیر AB 133)

« اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد که توسط 2 CFR Part 42 محافظت می‌شود.

« اطلاعات مسکن، شامل وضعیت مسکن، سابقه و پشتیبانی‌های شما.

فرم ASCFI (فقط برای غیر AB 133)

« برخی از اطلاعات مربوط به سلامت روان.

« اطلاعات مربوط به ناتوانی ذهنی و رشدی

« نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی.

« نتایج آزمایش ژنتیک

¹ شماره شاخص مشتری، نه حرف اول شماره شناسایی است که در جلوی کارت شناسایی مزایای عضو Medi-Cal قرار دارد.
² این می‌تواند هر آدرسی باشد که بتوانید از طریق آن نامه دریافت کنید، از جمله آدرس یک دوست، پناهگاه یا یکی از اعضای خانواده.

فرم لغو مجوز اشتراک‌گذاری اطلاعات محرمانه اعضا (ASCFI)

نام مشتری	امضای مشتری	تاریخ (ماه/روز/سال)
نام والدین/سرپرست/نماینده قانونی	امضای والدین/سرپرست/نماینده قانونی	تاریخ (ماه/روز/سال)