

Sử dụng mẫu đơn này để ủy quyền cho Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company và các đối tác kinh doanh của họ (gọi chung là “Blue Shield”) tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho một người hoặc tổ chức khác.

1. Thông tin của thành viên

Tên của thành viên:

Địa chỉ của thành viên:

Số ID người đăng ký:

Ngày sinh:

2. Ai có thể nhận thông tin?

Tên người nhận:

Địa chỉ người nhận:

Mối quan hệ của người nhận với thành viên:

3. Mục đích của việc hoàn thành mẫu đơn này là gì? (Chọn một mục)

- Ủy quyền mới (Tiếp tục với câu số 4)
- Thu hồi ủy quyền hiện có (Đi đến câu số 7)

4. Mục đích tiết lộ thông tin là gì? (Chọn một mục)

- Theo yêu cầu của tôi - không có mục đích cụ thể
- Mục đích cụ thể: _____

5. Thông tin nào có thể được chia sẻ với người nhận? (Chọn tất cả các mục phù hợp)

- Giải thích về quyền lợi
- Thông tin về yêu cầu bảo hiểm
- Thông tin thanh toán phí bảo hiểm
- Quản lý trường hợp
- Bất kỳ hoặc tất cả thông tin mà Blue Shield Promise Health Plan lưu trữ. Thông tin được tiết lộ có thể bao gồm thông tin liên quan đến chăm sóc y tế, chẩn đoán, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, yêu cầu bồi thường/thanh toán bảo hiểm hoặc phúc lợi, và/hoặc thông tin tài chính/hóa đơn của quý vị. Thông tin này không bao gồm các thông tin nhạy cảm trừ khi được chấp thuận cụ thể dưới đây.
- Khác (Ghi rõ, bao gồm phạm vi ngày cụ thể nếu có): _____

6. Người nhận có được ủy quyền tiếp nhận thông tin nhạy cảm hay không? (Chọn một mục)

- Không
- Có (Chọn tất cả các mục phù hợp)
- Bệnh truyền nhiễm
 - Chăm sóc theo đúng giới tính
 - Thông tin di truyền
 - HIV/AIDS
 - Sức khỏe tâm thần hoặc hành vi
 - Sức khỏe tình dục và sinh sản - Khác
 - Sức khỏe tình dục và sinh sản - Phá thai
 - Sức khỏe tình dục và sinh sản - Dịch vụ liên quan đến phá thai
 - Sức khỏe tình dục và sinh sản - Tránh thai
 - Lạm dụng tình dục, thể chất hoặc tinh thần, bao gồm cả bạo lực đối với bạn tình
 - Bệnh lây truyền qua đường tình dục
 - Rối loạn sử dụng chất gây nghiện (Rượu/ma túy)

7. Hết hạn và thu hồi

Tôi muốn ủy quyền này kết thúc vào _____. (ví dụ: ___/___/___)

Nếu không chọn ngày nào, ủy quyền này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký tên bên dưới. Quý vị có quyền thu hồi ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho Blue Shield Promise Health Plan. Việc thu hồi ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến thông tin chúng tôi tiết lộ trước khi chúng tôi nhận được yêu cầu thu hồi của quý vị. Nếu ủy quyền này được cấp bởi phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp thay mặt cho trẻ vị thành niên, ủy quyền sẽ hết hiệu lực vào ngày sinh nhật 18 tuổi của trẻ.

8. Chữ ký của thành viên và người đại diện hợp pháp

Tôi đã đọc mẫu đơn này và tôi hiểu và đồng ý với các điều khoản quy định theo đây. Tôi cho phép Blue Shield Promise Health Plan tiết lộ thông tin cho người nhận theo chỉ định ở trên. Tôi hiểu rằng sau khi thông tin của tôi được tiết lộ, thông tin đó có thể được người nhận tái tiết lộ và không còn được bảo vệ bởi pháp luật quyền riêng tư, bao gồm cả Health Insurance Portability and Accountability Act (Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế) năm 1996 của liên bang. Tôi hiểu rằng Blue Shield Promise Health Plan có thể sẽ không đưa ra điều kiện thanh toán, ghi danh trong một chương trình bảo hiểm sức khỏe, hoặc tính đủ điều kiện cho các quyền lợi trên cho dù tôi ký ủy quyền này hay không.

Chữ ký

Ngày

Tên viết in hoa

Nếu người đại diện hợp pháp ký vào mẫu đơn này, vui lòng cung cấp tên và mối quan hệ của người đại diện với thành viên (cha mẹ, quyền giám hộ theo lệnh của tòa án, Giấy ủy quyền Chăm sóc sức khỏe, v.v.):

Nếu mẫu đơn này do một người không phải thành viên hoặc phụ huynh của trẻ vị thành niên ký, chẳng hạn như một người đại diện cá nhân/hợp pháp, người giám hộ hoặc người thực thi, **quý vị cũng phải đệ trình hồ sơ pháp lý** chứng minh thẩm quyền thay mặt cho thành viên (hoặc người thừa kế của thành viên) để tiết lộ thông tin sức khỏe. Ví dụ, hồ sơ đó có thể bao gồm:

1. Giấy ủy quyền Chăm sóc sức khỏe
2. Tài liệu hiện hành, còn hiệu lực về quyền giám hộ theo lệnh của tòa án; hoặc
3. Các tài liệu pháp lý hợp lệ khác thể hiện thẩm quyền của quý vị được hành động thay mặt cho thành viên (hoặc người thừa kế của thành viên)

Hãy giữ lại một bản sao của giấy ủy quyền này trong hồ sơ của quý vị.

Gửi lại mẫu giấy ủy quyền đã điền đầy đủ và có chữ ký tới:

Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Service
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

Blue Shield of California Promise Health Plan tuân thủ luật pháp tiểu bang và luật dân quyền liên bang hiện hành, và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, tình trạng hôn nhân, giới, bản dạng giới, khuynh hướng tính dục, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật.