



ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពី សុខភាព

សូមប្រើ ទម្រង់បែបបទនេះដើម្បី អនុញ្ញាតឱ្យ Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company និងសហការី អាជីវកម្មរបស់ពួកគេ (ហៅជាមួយថា “Blue Shield”) បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកទៅឱ្យបុគ្គល ឬស្ថាប័នមួយផ្សេងទៀត។

1. ព័ត៌មានរបស់សមាជិក

ឈ្មោះរបស់សមាជិក ក៖

អាសយដ្ឋានរបស់សមាជិក ក៖

លេខសម្គាល់របស់អ្នកជាវ៖

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ក៖

2. តើអ្នក កណ្តាលខ្លះអាចទទួលបានព័ត៌មានបាន?

ឈ្មោះរបស់អ្នកទទួល៖

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកទទួល៖

ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទទួលនឹង សមាជិក ក៖

3. តើអ្វីជាគោលបំណងនៃការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ? (សូមគូសដីកចម្លើយមួយ)

☐ ការអនុញ្ញាតថ្មី (បន្តទៅលេខ 4)

☐ ដកហូតការអនុញ្ញាតដែលមានស្រាប់ (រំលងទៅលេខ 7)

4. តើអ្វីជាគោលបំណងនៃការលាតត្រដាងព័ត៌មាននេះ? (សូមគូសដីកចម្លើយមួយ)

☐ តាមសំណើ របស់ខ្ញុំ - មិនមានគោលបំណងជាក់លាក់ទេ

☐ មានគោលបំណងជាក់លាក់៖ _____

5. តើអាចចែករំលែកព័ត៌មានអ្វីខ្លះជាមួយអ្នកទទួល? (ចូរគូសដីកចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់)

☐ សេចក្តីពន្យល់អំពី អត្ថប្រយោជន៍

☐ សំណើ ទាមទារព័ត៌មាន

☐ ព័ត៌មានអំពីវិក្កយបត្រនៃថ្លៃធានារ៉ាប់រង

☐ ការគ្រប់គ្រងករណី

☐ ព័ត៌មានណាមួយ ឬទាំងអស់ដែល Blue Shield Promise Health Plan រក្សាទុក។ ចំណុចនេះអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការធ្វើ រោគវិនិច្ឆ័យ អ្នកផ្តល់សេវា ការទាមទារ/ការទូទាត់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រង ឬអត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬព័ត៌មានអំពី ហិរញ្ញវត្ថុ/ការចេញវិក្កយបត្រ។ ចំណុចនេះមិនរួមបញ្ចូលព័ត៌មានរសី បនោះទេ លុះត្រាតែមានការយល់ព្រមជាពិសេសខាងក្រោម។

☐ ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់ រួមទាំងរយៈពេលតាមកាលបរិច្ឆេទជាក់លាក់ប្រសិនបើមាន)៖ _____

6. តើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានរសីបដែរឬទេ? (សូមគូសដីកចម្លើយមួយ)

☐ ទេ

☐ បាទ/ចាស (ចូរគូសដីកចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់)

- ☐ ជំងឺឆ្លង និងបង្ករោគ
- ☐ ការថែទាំសុខភាពទៅតាមភេទ
- ☐ ព័ត៌មានអំពីហ្វែរ
- ☐ មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍
- ☐ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា
- ☐ សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ - ផ្សេងៗ
- ☐ សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ - ការរំលូតកូន
- ☐ សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ - ការរំលូតកូន - សេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធ
- ☐ សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ - ការពន្យារកំណើត
- ☐ ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្ត រួមទាំងអំពើហិង្សាលើដៃគូស្និទ្ធស្នាល
- ☐ ជំងឺកាមរោគ
- ☐ បញ្ហាបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (គ្រឿងស្រវឹង/គ្រឿងញៀន)

7. ការផ្តល់ព័ត៌មាន និងការដកហូត

ខ្ញុំចង់ឱ្យការអនុញ្ញាតនេះបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី _____ ។ (ឧទាហរណ៍ ៖ __/__/__)

ប្រសិនបើមិនមានជ្រើសរើសកាលបរិច្ឆេទនេះ នោះការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់មួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។ អ្នកមានសិទ្ធិដកហូតការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាក៏បានតាមរយៈការជូនដំណឹងដល់ Blue Shield Promise Health Plan ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការដកហូតការអនុញ្ញាតនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានដែលយើងទទួលបានពីមុនពេលយើងទទួលបានសំណើដកហូតពីអ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមាតាឬបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ជំនួយឱ្យអ្នកនីមួយៗនោះការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់នៅថ្ងៃកំណើតអាយុដប់ប្រាំបីឆ្នាំរបស់អ្នកនីមួយៗ។

8. ហត្ថលេខារបស់សមាជិក ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់

ខ្ញុំបានអានយល់ទម្រង់បែបបទនេះហើយខ្ញុំដឹងនិងយល់ស្របនឹងលក្ខខណ្ឌនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ ខ្ញុំបង្គាប់ឱ្យ Blue Shield Promise Health Plan លាតត្រដាងព័ត៌មាននេះដល់អ្នកទទួលបានដែលបានកត់សម្គាល់ដូចដែលបានបង្ហាញខាងលើ។ ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវបានលាតត្រដាង ព័ត៌មាននោះអាចត្រូវបានលាតត្រដាងជាថ្មីដោយអ្នកទទួលបាននិងអាចលែងត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពរួមទាំងច្បាប់ Health Insurance Portability and Accountability Act (ច្បាប់ស្តីពីគណនេយ្យភាពនិងការបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព) របស់សហព័ន្ធឆ្នាំ 1996។ ខ្ញុំយល់ថា Blue Shield Promise Health Plan អាចមិនដាក់លក្ខខណ្ឌការទូទាត់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ស្តីពីថាតើខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះឬអត់។

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

សរសេរឈ្មោះជាអក្សរធំ

ប្រសិនបើអ្នកតំណាងស្របច្បាប់បានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះរួចហើយ សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកតំណាងនីមួយៗ (មាតាឬបិតា អាណាព្យាបាលដែលបង្គាប់បញ្ជាដោយតុលាការ លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាពជាដើម) ៖

ប្រសិនបើ ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពី សមាជិក ឬមាតាបិតា តាមរបស់អ្នក គឺ ជន ដូចជាអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន/ផ្លូវច្បាប់ អាណាព្យាបាល ឬអ្នកប្រតិបត្តិ អ្នកក៏ត្រូវដាក់បញ្ចូលឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែល បង្ហាញពីសិទ្ធិរបស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសឱ្យសមាជិក (ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់សមាជិក) ដើម្បីបញ្ចេញ ពីតំណែងសុខភាព។ ឯកសារបែបនេះអាចរួមមាន ឧទាហរណ៍ ៖

- 1. លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព
- 2. ឯកសារបច្ចុប្បន្នដែលមានសុពលភាពរបស់អាណាព្យាបាលដែលបង្គាប់បញ្ជាដោយតុលាការ ឬ
- 3. ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលមានសុពលភាពផ្សេងទៀតដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើសកម្មភាពជំនួស សមាជិក (ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់សមាជិក)

សូមរក្សាទុកច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនៃការអនុញ្ញាតនេះសម្រាប់ជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
សូមផ្ញើត្រឡប់ទៅវិញនូវទម្រង់បែបបទនៃការអនុញ្ញាតដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាទៅកាន់៖

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 អនុលោមតាមច្បាប់របស់រដ្ឋដែលមានជាធរមាន និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ ហើយមិនរើសអើងដោយផ្អែកលើ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជាតិ ដើមកំណើត សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ឬពិការភាពឡើយ។