



Разрешение на раскрытие защищенной информации о здоровье (PHI)

ECHS Category - PHIA

Защищенная информация о здоровье (PHI) — это сведения о состоянии вашего здоровья. Федеральное законодательство и законодательство штата защищают конфиденциальность вашей защищенной информации о здоровье. Подписывая этот документ, вы даете нам свое **СОГЛАСИЕ**. Мы будем передавать только ту информацию, на раскрытие которой вы дадите свое согласие. Мы будем передавать ее только людям или организациям, указанным вами.

1. Данные участника плана Medicaid

Имя	Фамилия	Инициал второго имени, отчества
Идентификационный номер участника	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	Номер телефона
Адрес		
Город, штат, почтовый индекс		

2. Кому Вы разрешаете получать защищенную информацию о Вашем здоровье?

Имя человека или название организации/компании	Номер телефона
Адрес	
Город, штат и почтовый индекс	
Имя человека или название организации/компании	Номер телефона
Адрес	
Город, штат и почтовый индекс	

Термин «Aetna» также включает дочерние и аффилированные компании, сотрудников, агентов и субподрядчиков Aetna.

3. Какую защищенную информацию о здоровье мы можем передавать?

Мы будем передавать **только** ту информацию, на раскрытие которой вы даете свое **СОГЛАСИЕ**. Поставьте галочку возле типа защищенной информации о здоровье, которую вы разрешаете нам передавать.

- Любая запрашиваемая информация
- Информация о здоровье (медицинская, стоматологическая информация, данные аптек, информация о зрении)
- Информация о долгосрочном уходе Записи о лечении пациента

Строго конфиденциальная информация (эта информация может включать в себя данные о диагнозе и/или лечении)

- Алкогольная/наркотическая зависимость ВИЧ/СПИД
- Болезни, передающиеся половым путем
- Психическое здоровье (КРОМЕ записей психотерапевта)
- Другие конфиденциальные услуги (например, медицинское обслуживание, связанное с трансгендерным переходом, сексуальным или репродуктивным здоровьем)
- Другая информация (укажите) _____

4. Для чего вы раскрываете эту информацию?

Причина/цель:

5. Эта форма имеет силу в течение 1 года, если ниже вы не укажете более короткий срок.

Мое СОГЛАСИЕ действительно в течение следующего срока:

с _____ по _____

ММ/ДД/ГГГГ ММ/ДД/ГГГГ

Подписывая настоящую форму, я подтверждаю, что понимаю приведенные ниже условия, и выражаю свое согласие с ними.

- Я могу отозвать свое **СОГЛАСИЕ**, написав по адресу, указанному в этой форме.
- Отзыв **СОГЛАСИЯ** не подразумевает возврат информации, которая уже была передана. Но в дальнейшем защищенная информация о здоровье передаваться не будет.
- Мой отказ от подписания этой формы не отразится на возможности стать участником страхового плана.
- Получатели информации о моем здоровье, могут передавать ее другим лицам. Это означает, что закон, возможно, не сможет обеспечить ее дальнейшую защиту.
- Защищенная информация о здоровье, на раскрытие которой я даю свое **СОГЛАСИЕ**, может включать в себя следующие сведения:
 - состояние здоровья и лечение;
 - хронические заболевания;
 - состояние психического здоровья;
 - наркологическое обследование или лечение (алкогольной/наркотической зависимости);
 - инфекционные заболевания; заболевания, передающиеся половым путем (ВИЧ/СПИД); генетические маркеры.
- Я могу запросить копию предоставленного мной **СОГЛАСИЯ**, написав по адресу, указанному в этой форме.
- Компания Aetna не будет передавать защищенную информацию о моем здоровье никому из тех, кого я указал, пока я не подпишу эту форму, а также никому другому.

ВНИМАНИЕ!

Я должен подписать этот документ, если выполняется хотя бы одно из следующих условий.

- Мне не менее 18 лет.
- Мне менее 18 лет и я состою в браке или не нахожусь под родительской опекой.
- Мое состояние позволяет мне проходить лечение, даже если мои родители или законный опекун не согласны с этим.
- Защищенная информация о здоровье, на раскрытие которой я даю свое согласие, может включать в себя следующие сведения:
 - состояние психического здоровья;
 - наркологическое обследование или лечение (алкогольной/наркотической зависимости);
 - заболеваниях, передающихся половым путем (в том числе ВИЧ/СПИД);
 - репродуктивном здоровье (включая контрацепцию, дородовой уход и аборты).

6. Подпись участника плана или уполномоченного представителя.

Подпись	Дата
Имя и фамилия печатными буквами	
В случае подписания формы законным представителем укажите, кем вы являетесь (родитель, законный опекун, лицо, действующее по доверенности, личный представитель).	

Термин «Aetna» также включает дочерние и аффилированные компании, сотрудников, агентов и субподрядчиков Aetna.

Вы являетесь **уполномоченным представителем**, если имеете законное право действовать от имени этого человека.

Представитель подписывает форму от имени лица, которое не имеет законного права подписать документ самостоятельно. Если участнику менее 18 лет, родитель или опекун должен подписать форму за него. Уполномоченный представитель, подписывающий эту форму, должен предоставить юридическое подтверждение того, что он вправе действовать от имени этого лица.

У Вас возникли вопросы? Мы готовы помочь. Обращайтесь в службу поддержки Aetna Better Health of California по телефону **1-855-772-9076**.

Подпишите заполненную форму и пришлите ее по следующему адресу:

**Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079**

или отправьте ее факсом: 859-280-1272

Отправлять со всеми уведомлениями

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Дискриминация запрещена законом. План Aetna Better Health of California соблюдает законы штата и федеральное законодательство в области гражданских прав. Aetna Better Health of California не допускает дискриминации, не отказывает в услугах и не относится к людям по-разному по признаку пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической принадлежности, возраста, психических нарушений, инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации

Aetna Better Health of California предоставляет:

- бесплатную помощь и услуги лицам с физическими ограничениями, чтобы им было легче общаться с нами, например:
 - ✓ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - ✓ письменные материалы в других форматах (напечатанные крупным шрифтом, в виде аудиозаписи, в электронном и иных форматах).
- бесплатные языковые услуги лицам, для которых английский не является родным языком, в том числе:
 - ✓ услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - ✓ информацию на других языках.

Если вы нуждаетесь в таких услугах, вы можете связаться с представителями плана Aetna Better Health of California в любое время суток и в любой день недели по номеру **1-855-772-9076**. Если у вас имеется нарушение слуха или речи, позвоните по номеру **TTY: 711**. По запросу данный документ может быть предоставлен вам напечатанным шрифтом Брайля или крупным шрифтом, в виде аудиозаписи на кассете или в электронном формате. Чтобы получить экземпляр документа в одном из указанных альтернативных форматов, позвоните по телефону или направьте ваш запрос по почте:

Aetna Better Health of California
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131
1-855-772-9076 (TTY: 711)

КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ?

Если вы считаете, что план Aetna Better Health of California не предоставил вам

эти услуги или иным образом подверг вас в нарушение закона дискриминации по признаку вашего пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической принадлежности, возраста, психических нарушений, инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать жалобу представителям плана Aetna Better Health of California. Вы можете подать жалобу по телефону, в письменном виде, при личном обращении или через интернет:

AetnaBetterHealth.com/California

Термин «Aetna» также включает дочерние и аффилированные компании, сотрудников, агентов и субподрядчиков Aetna.

- По телефону: свяжитесь с представителями плана Aetna Better Health of California в любое время суток и в любой день недели, позвонив по номеру **1-855-772-9076**. Если у вас имеется нарушение слуха или речи, позвоните по номеру **TTY: 711**.
- В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:

**Aetna Better Health of California
Civil Rights Coordinator
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131**

- При личном обращении: посетите офис вашего врача или плана Aetna Better Health of California и сообщите, что хотите подать претензию.
- Через интернет: посетите веб-сайт плана Aetna Better Health of California по адресу **AetnaBetterHealth.com/California**.

УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ — ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния (California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights) по телефону, в письменном виде или через интернет:

- По телефону: позвоните по номеру **916-440-7370**. Если у вас имеется нарушение речи или слуха, позвоните по номеру **711** (**телекоммуникационная служба коммутируемых сообщений**).
- В письменном виде: заполните бланк жалобы или отправьте письмо по адресу:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Бланки для подачи жалоб доступны по адресу
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Через интернет: отправьте электронное сообщение на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov.

УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ — МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ США

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) по телефону, в письменном виде или через интернет:

AetnaBetterHealth.com/California

Термин «Aetna» также включает дочерние и аффилированные компании, сотрудников, агентов и субподрядчиков Aetna.

- По телефону: позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Если у вас имеется нарушение речи или слуха, позвоните по номеру **TTY/TDD: 1-800-537-7697**.
- В письменном виде: заполните бланк жалобы или отправьте письмо по адресу:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Бланки для подачи жалоб доступны по адресу <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Через интернет: посетите портал для подачи жалоб Управления по гражданским правам по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

[AetnaBetterHealth.com/California](https://www.aetna.com/betterhealth/california)

Термин «Aetna» также включает дочерние и аффилированные компании, сотрудников, агентов и субподрядчиков Aetna.

"TAGLINES"

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-385-4101 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-385-4101 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1800-385-4101 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-385-4101 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-385-4101 (TTY: 711)。另外还 提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-385-4101 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر م یخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-385-4101 (TTY: 711) تماس بگیرید. کم کها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخ ههای خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-385-4101 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند .

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दः अगर आपको अपनी भाषा म सहायता की आवश्यकता ह तो 1-800-385-4101 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगो ं के िलए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े िप्रंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध ह ैं। 1-800-385-4101 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं िनः शुल्क ह ।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-385-4101 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-3854101 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-385-4101 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-385-4101 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-385-4101 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-385-4101 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໂລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ັ້ຖາທ່ານ ັ້ຕອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງ ັ້ທ່ານໃຫ້ ໂທຫາ ັ້ປ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ັ້ຍົມຄວາມຊ່ວຍ ັ້ເຫຼືອແລະການ ັ້ປວກການສ່ຳ ັ້ລບຄົ ັ້ນິພການ ັ້ເລື່ອນເອກະສານ ັ້ເປນ ັ້ອກສອນນຸນແລະ ັ້ມໂຕ້ພາ ັ້ໃຫ້ ັ້ທໂທຫາ ັ້ປ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ການ ັ້ປວກການ ັ້ຕອງ ັ້ນິພ ັ້ຕອງ ັ້ເລື່ອນ ັ້ຈາຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-385-4101 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-385-4101 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-385-4101 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-385-4101 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-385-4101 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-385-4101 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-385-4101 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-385-4101 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyo ng ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณ ้ต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-385-4101 (TTY: 711) นอกจากนี้ ี้ ยังพร้อมให้ ้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ ้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ ้ กรุณาโทรศัพท์ไปที่ 1-800-385-4101 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่าย ้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-385-4101 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-385-4101 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-385-4101 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-385-4101 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.