

MẪU ĐƠN CHO PHÉP CỦA HỘI VIÊN MEMBER AUTHORIZATION FORM

Hoàn thành mẫu này để cho phép Providence Health Assurance (PHA) chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với (các) cá nhân khác. Vui lòng sử dụng thẻ định danh hội viên (member identification, ID) của quý vị để hoàn thành thông tin trong Phần A.



PHẦN A: THÔNG TIN HỘI VIÊN <i>(Cung cấp tên và thông tin cá nhân của quý vị)</i> PART A: MEMBER INFORMATION <i>(Provide your name and personal information)</i>		
Họ của Hội Viên Member Last Name	Tên của Hội Viên Member First Name	Tên Đệm Viết Tắt Middle Initial
Ngày Sinh của Hội Viên Member Date of Birth	Số Định Danh Hội Viên (xem thẻ ID của quý vị) Member Identification Number (see your ID card)	Số Nhóm (xem thẻ ID của quý vị) Group Number (see your ID card)
Địa Chỉ Đường Phố/Nhà Riêng của Hội Viên Member Home/Street Address	Thành Phố, Tiểu Bang và Mã Zip City, State, and Zip Code	Số Điện Thoại Ưa Dùng Preferred Phone Number

PHẦN B: (CÁC) CÁ NHÂN CÓ THỂ NHẬN THÔNG TIN CỦA TÔI <i>(Tên của (các) cá nhân mà quý vị sẽ cho phép nhận thông tin sức khỏe của quý vị)</i> PART B: INDIVIDUAL(S) WHO MAY RECEIVE MY INFORMATION <i>(Name of the individual(s) you are authorizing to receive your health information)</i>

Tôi hiểu rằng (các) cá nhân được nêu tên dưới đây phải từ 18 tuổi trở lên.
I understand the below-named individual(s) must be 18 years of age or older.

1. Tên của cá nhân được cho phép: _____
Name of authorized individual:

Mối Quan Hệ với Hội Viên: ☐ Vợ/Chồng ☐ Bạn Tình Sống Chung ☐ Bạn Bè ☐ Người Chăm Sóc
☐ Người Môi Giới ☐ Người Khác
Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

2. Tên của cá nhân được cho phép: _____

Name of authorized individual:

Mối Quan Hệ với Hội Viên: ☐ Vợ/Chồng ☐ Bạn Tình Sống Chung ☐ Bạn Bè ☐ Người Chăm Sóc
☐ Người Môi Giới ☐ Người Khác

Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

3. Tên của cá nhân được cho phép: _____

Name of authorized individual:

Mối Quan Hệ với Hội Viên: ☐ Vợ/Chồng ☐ Bạn Tình Sống Chung ☐ Bạn Bè ☐ Người Chăm Sóc
☐ Người Môi Giới ☐ Người Khác

Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

PHẦN C: MỤC ĐÍCH CỦA SỰ CHO PHÉP CỦA TÔI (*Chọn lý do quý vị thực hiện việc cho phép này bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới*)

PART C: PURPOSE OF MY AUTHORIZATION (*Select your reason for making this authorization by checking the appropriate box below*)

☐ Yêu Cầu của Hội Viên (lý do cá nhân)

Member Request (personal reason)

☐ Khác (vui lòng nêu rõ): _____

Other (please specify):

PHẦN D: THÔNG TIN CÓ THỂ ĐƯỢC PHA CHIA SẺ (*Chọn thông tin quý vị sẽ cho phép tiết lộ bằng cách đánh dấu vào (các) ô thích hợp bên dưới*)

PART D: INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY PHA (*Select the information you are authorizing to release by checking the appropriate box(es) below*)

☐ Kháng Cáo

Appeals

☐ Quyền Lợi và Khoản Đài Thọ

Benefits and Coverage

☐ Yêu Cầu Bảo Hiểm và Thông Tin Thanh Toán

Claims and Payment Information

☐ Ghi Chú Lâm Sàng

Clinical Notes

☐ Chẩn Đoán và Thủ Thuật

Diagnosis and Procedure

☐ Khả Năng Đủ Điều Kiện và Ghi Danh

Eligibility and Enrollment

☐ Tài Chính

Financial

☐ Thông Tin về Phí Bảo Hiểm/Giải Quyết Các Thắc Mắc/Vấn Đề về Việc Lập Hóa Đơn

Premium Information/Resolve Billing Questions/Problems

☐ Giấy Giới Thiệu và Cho Phép Trước dành cho Các Dịch Vụ Y Tế
Referrals and Preauthorizations for Medical Services

☐ Khác (vui lòng nêu rõ): _____
Other (please specify): _____

PHẦN E: THÔNG TIN NHẠY CẢM CÓ THỂ ĐƯỢC PHA CHIA SẺ (Ghi tên viết tắt của quý vị vào dòng bên cạnh mỗi loại thông tin nhạy cảm mà quý vị sẽ cho phép chia sẻ)
PART E: SENSITIVE INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY PHA (Write your initials on the line next to each type of sensitive information you are authorizing to share)

Nếu các hồ sơ của chúng tôi chứa bất kỳ loại thông tin nào được liệt kê bên dưới, có thể áp dụng các luật bổ sung liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin đó.

Tôi hiểu rằng một số loại thông tin nhạy cảm nhất định, bao gồm một số thông tin liên quan đến việc sử dụng rượu bia/chất gây nghiện, được bảo vệ theo luật và quy định về quyền riêng tư của Liên Bang và Tiểu Bang và không được tiết lộ khi chưa có sự chấp thuận bằng văn bản của tôi trừ khi luật và quy định có điều khoản khác. Tôi hiểu và đồng ý rằng thông tin dưới đây sẽ chỉ được tiết lộ nếu tôi **ghi tên viết tắt của mình vào dòng bên cạnh thông tin nhạy cảm đã chỉ định.*

_____ HIV (xét nghiệm và điều trị)
HIV (testing and treatment)

_____ Dữ Liệu và Hồ Sơ Sức Khỏe
Tâm Thần
Mental Health Data and Records

_____ *Sử Dụng Rượu Bia/Ma Túy/Chất Gây
Nghiện (chẩn đoán, điều trị, thông tin giấy
giới thiệu)
*Alcohol/Drug/Substance Use
(diagnosis, treatment, referral information)

_____ Thai Sản/Mang Thai
(sức khỏe sinh sản)
Maternity/Pregnancy
(reproductive health)

_____ Thông Tin Di Truyền (dịch vụ hoặc xét
nghiệm)
Genetic Information (services or tests)

_____ Bệnh Lây Truyền Qua Đường
Tinh Dục (xét nghiệm và điều trị)
Sexually Transmitted Illness/
Disease (testing and treatment)

Vui lòng lưu ý: Đối với phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên, một số luật của tiểu bang có thể cấm PHA thực hiện theo yêu cầu của quý vị về Thông Tin Nhạy Cảm khi chưa có sự cho phép bằng văn bản từ hội viên là trẻ vị thành niên.

Please note: To parents/legal guardians of minors, some state laws may prohibit PHA from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member.

_____ *Chữ Ký của Hội Viên Là Trẻ Vị Thành Niên
Minor Member's Signature

_____ Ngày
Date

PHẦN F: QUYỀN ĐƯỢC HÀNH ĐỘNG THAY MẶT TÔI (*Quý vị có thể cho phép (các) cá nhân được nêu tên trong Phần B thực hiện các chức năng hành chính thay mặt quý vị như được chỉ ra bên dưới*)

PART F: PERMISSION TO ACT ON MY BEHALF (*You may authorize the individual(s) named in Part B to perform administrative functions on your behalf as indicated below*)

- ☐ Yêu cầu một thẻ ID mới
Request a new ID card
- ☐ Thay đổi địa chỉ của tôi
Change my address
- ☐ Truy vấn/chọn/thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của tôi
Inquire/choose/change my primary care provider
- ☐ Ghi danh/rút tên tôi khỏi chương trình
Enroll/disenroll me from the plan
- ☐ Chỉnh sửa thông tin nhân khẩu học bị thiếu/sai sót (tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, chủng tộc)
Correct missing/erroneous demographic information (age, gender, marital status, race)

PHẦN G: NGÀY CHO PHÉP CỦA QUÝ VỊ HẾT HẠN (*Cho phép này sẽ có hiệu lực trong ba (3) năm kể từ ngày ký trừ khi quý vị chỉ định ngày hết hạn sớm hơn*)

PART G: DATE YOUR AUTHORIZATION EXPIRES (*This authorization will remain in effect for three (3) years from the date it is signed unless you specify an earlier expiration date*)

- ☐ Ba (3) năm
Three (3) years
- ☐ Ngày hết hạn khác/sớm hơn
(vui lòng chỉ định):
Other/earlier expiration date (please specify): _____

Cư Dân California: Mẫu đơn cho phép ở California thường hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký trừ khi có chỉ định ngày hết hạn khác. Ngày hết hạn tối đa mà PHA cho phép là ba (3) năm.

California Residents: An authorization form in California generally expires one (1) year from the date it is signed unless a different expiration date is specified. The maximum expiration date permitted by PHA is three (3) years.

PHẦN H: THU HỒI VÀ XÁC NHẬN (*Các quyền của quý vị liên quan đến cho phép này, bao gồm quyền thu hồi cho phép của quý vị*)

PART H: REVOCATION AND ACKNOWLEDGEMENT (*Your rights related to this authorization, including the right to revoke your authorization*)

Quý vị có quyền thu hồi cho phép này bằng văn bản bất kỳ lúc nào trước ngày hết hạn. Nếu quý vị thu hồi cho phép của mình, thông tin của quý vị sẽ không còn được sử dụng hoặc tiết lộ cho các mục đích được nêu trong cho phép này, ngoại trừ bất kỳ hành động nào mà PHA đã thực hiện dựa trên cho phép trước đó của quý vị. Bất kỳ việc sử dụng hoặc tiết lộ nào đã được thực hiện với sự cho phép của quý vị đều không thể rút lại.

Để thêm cá nhân được cho phép hoặc để thực hiện các thay đổi khác đối với cho phép của quý vị, vui lòng hoàn thành và gửi mẫu đơn cho phép mới. Để thu hồi cho phép hiện tại, vui lòng gửi yêu cầu bằng văn bản để thu hồi mẫu đơn hiện tại trong hồ sơ. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực ngay khi

PHA nhận và xử lý yêu cầu bằng văn bản của quý vị. Yêu cầu của quý vị phải bao gồm họ tên đầy đủ, số ID hội viên và ngày sinh của quý vị, và phải được gửi qua đường bưu điện đến: Providence Health Assurance tại P.O. Box 5548, Portland, Oregon, 97228-5548.

Bằng cách ký vào Phần I, quý vị xác nhận và chấp nhận những điều sau:

“Tôi hiểu, đồng ý và cho phép Providence Health Assurance sử dụng và tiết lộ thông tin của tôi như tôi đã nêu ở trên. Tôi xác nhận rằng việc ký vào mẫu đơn cho phép này là do tôi tự nguyện. Tôi hiểu rằng Providence Health Assurance không yêu cầu tôi phải ký vào mẫu đơn cho phép này để tôi được điều trị, thanh toán, hoặc hội đủ điều kiện hưởng các quyền lợi.

Tôi hiểu rằng sau khi thông tin của tôi được chia sẻ, thông tin đó có thể được người được cho phép sử dụng và tiết lộ, đồng thời có thể không còn được bảo vệ theo luật liên bang. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng luật liên bang hoặc tiểu bang có thể hạn chế việc tiết lộ lại thông tin kết quả hoặc xét nghiệm HIV, thông tin sức khỏe tâm thần, thông tin di truyền và chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu về ma túy/rượu bia.”

PHẦN I: CHO PHÉP CỦA HỘI VIÊN (Để hoàn tất việc cho phép của quý vị, hãy ký tên và ghi ngày bên dưới)

PART I: MEMBER AUTHORIZATION (To finish your authorization, sign your name and write the date below)

Chữ Ký của Hội Viên
Member's Signature

Ngày
Date

Chữ Ký của Người Đại Diện/Người Giám Hộ Hợp Pháp Được
Chỉ Định Của Hội Viên
Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature

Ngày
Date

Mối quan hệ với Hội viên: ☐ Phụ Huynh của Trẻ Vị Thành Niên ☐ *Người Giám Hộ Hợp Pháp
☐ *Giấy Ủy Quyền

Relationship to Member: ☐ Parent of a Minor ☐ *Legal Guardian ☐ *Power of Attorney

**Nếu mẫu đơn này được người khác không phải hội viên ký, vui lòng đính kèm tài liệu ủy quyền pháp lý về quyền giám hộ hoặc giấy ủy quyền.*

**If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney.*

PHẦN J: GỬI LẠI MẪU ĐƠN ĐÃ HOÀN THÀNH CHO PROVIDENCE HEALTH ASSURANCE

PART J: RETURN THE COMPLETED FORM TO PROVIDENCE HEALTH ASSURANCE

Email:	Fax:	Qua Đường Bưu Điện:
memberauthorizationrequest@providence.org	503-574-8116	Providence Health Assurance Attn: Customer Service P.O. Box 5548 Portland, Oregon 97228-5548

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Chương Trình Providence Medicare Advantage Plans theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi số 711. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Chúng tôi không làm việc vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

VUI LÒNG GIỮ MỘT BẢN SAO CỦA MẪU ĐƠN NÀY CHO HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ