



स्वास्थ्य संबंधी जानकारी जारी करने के लिए प्राधिकरण

इस फॉर्म का उपयोग करके Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company और उनके व्यावसायिक सहयोगियों (सामूहिक रूप से "Blue Shield") को आपकी स्वास्थ्य जानकारी किसी अन्य व्यक्ति या संगठन को जारी करने के लिए अधिकृत करें।

1. सदस्य की जानकारी

सदस्य का नाम:

सदस्य का पता:

सब्सक्राइबर आईडी नंबर:

जन्म तिथि:

2. कौन जानकारी प्राप्त कर सकता है?

प्राप्तकर्ता का नाम:

प्राप्तकर्ता का पता:

प्राप्तकर्ता का सदस्य के साथ रिश्ता:

3. इस फॉर्म को भरने का उद्देश्य क्या है? (एक पर निशान लगाएं)

☐ नया प्राधिकरण (संख्या 4 पर आगे बढ़ें)

☐ किसी मौजूदा प्राधिकरण को रद्द करें (नंबर 7 पर जाएँ)

4. जानकारी प्रकट करने का उद्देश्य क्या है? (एक पर निशान लगाएं)

☐ मेरे अनुरोध पर-कोई विशेष उद्देश्य नहीं

☐ विशेष उद्देश्य: _____

5. प्राप्तकर्ता के साथ कौन सी जानकारी साझा की जा सकती है? (उन सभी पर निशान लगाएं जो लागू होते हैं)

☐ लाभ की व्याख्या

☐ दावे की जानकारी

☐ प्रीमियम बिलिंग जानकारी

☐ केस प्रबंधन

☐ कोई या सारी जानकारी जो Blue Shield Promise Health Plan के पास है। इसमें आपकी चिकित्सा देखभाल, निदान, प्रदाताओं, बीमा या लाभ दावों/भुगतानों, और/या वित्तीय/बिलिंग जानकारी से संबंधित जानकारी शामिल हो सकती है। इसमें संवेदनशील जानकारी शामिल नहीं है जब तक कि नीचे विशेष रूप से मंजूरी न दी गई हो।

☐ अन्य (निर्दिष्ट करें, यदि लागू हो तो विशिष्ट तिथि सीमा सहित): _____

6. क्या प्राप्तकर्ता संवेदनशील जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत है? (एक पर निशान लगाएं)

☐ नहीं

☐ हाँ (लागू होने वाले सभी पर निशान लगाएँ)

☐ संक्रामक और फैलने वाला रोग

☐ लिंग पुष्टि देखभाल

☐ आनुवंशिक जानकारी

☐ एचआईवी / एड्स

☐ मानसिक या व्यवहारिक स्वास्थ्य

☐ यौन और प्रजनन स्वास्थ्य – अन्य

☐ यौन और प्रजनन स्वास्थ्य - गर्भपात

☐ यौन और प्रजनन स्वास्थ्य - गर्भपात - संबंधित सेवाएँ

☐ यौन और प्रजनन स्वास्थ्य - गर्भनिरोधक

☐ अंतरंग साथी के साथ हिंसा सहित यौन, शारीरिक या मानसिक शोषण

☐ यौन रूप से संक्रामित संक्रमण

☐ पदार्थ उपयोग विकार (शराब/ड्रग्स)

7. समय सीमा की समाप्ति और खंडन

मैं चाहूंगा कि यह प्राधिकरण _____ को समाप्त हो। (उदाहरण: ____ / ____ / ____)

अगर कोई तिथि नहीं चुनी है, तो प्राधिकरण नीचे हस्ताक्षर की तिथि से एक साल में समाप्त हो जाएगा। आपके पास किसी भी समय Blue Shield Promise Health Plan को लिखित में सूचित करके इस प्राधिकरण को रद्द करने का अधिकार है। इस प्राधिकरण को रद्द करने से आपके निरसन अनुरोध को प्राप्त करने से पहले हमारे द्वारा उपयोग या प्रकट की गई जानकारी पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। अगर यह प्राधिकरण माता-पिता या एक कानूनी अभिभावक द्वारा या एक नाबालिग की ओर से दिया गया है, यह नाबालिग के अठारहवें जन्मदिन पर समाप्त हो जाएगा।

8. सदस्य या कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

मैंने इस फॉर्म को पढ़ा है और मैं इसकी शर्तों को समझता/समझती हूँ और इससे सहमत हूँ। मैं Blue Shield Promise Health Plan को ऊपर दिए निर्देश अनुसार उल्लेख किये प्राप्तकर्ता को जानकारी का उपयोग करने के लिए या जानकारी का खुलासा करने के लिए निर्देश देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि एक बार मेरी जानकारी का प्रकट किया जाये, तो इसे फिर से प्राप्तकर्ता द्वारा प्रकट किया जा सकता है और इसे गोपनीयता कानूनों, Health Insurance Portability and Accountability Act (संघीय स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम) 1996 सहित, द्वारा संरक्षित नहीं किया जा सकता। मैं समझता/समझती हूँ कि Blue Shield Promise Health Plan इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने पर भुगतान, स्वास्थ्य योजना में नामांकन या लाभों के लिए पात्रता की शर्त नहीं रख सकता है।

हस्ताक्षर

तारीख

बड़े अक्षरों में नाम

अगर किसी कानूनी प्रतिनिधि ने इस फॉर्म पर हस्ताक्षर किए हैं, तो कृपया प्रतिनिधि का नाम और सदस्य से संबंध प्रदान करें (माता-पिता, अदालत द्वारा आदेशित संरक्षकता, स्वास्थ्य देखभाल के लिए पावर आफ अटॉर्नी, आदि):

यदि इस फॉर्म पर सदस्य या नाबालिग के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, जैसे कि कोई व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक, या निष्पादक, तो आपको कानूनी दस्तावेज भी जमा करने होंगे जिसमें सदस्य की स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग या प्रकटीकरण के लिए सदस्य (या सदस्य की संपत्ति) की ओर से कार्य करने का आपका अधिकार दिखाया गया हो। इस तरह के दस्तावेज़ शामिल हो सकते हैं, उदाहरण के लिए:

1. स्वास्थ्य देखभाल के लिए पावर आफ अटॉर्नी

2. न्यायालय द्वारा आदेशित संरक्षकता का वर्तमान, वैध दस्तावेज़ीकरण; या

3. की ओर से कार्य करने के आपके अधिकार को दर्शाने वाले अन्य वैध कानूनी दस्तावेज सदस्य (या सदस्य की संपत्ति)

अपने रिकॉर्ड के लिए प्राधिकरण फॉर्म की एक प्रति अपने पास रखें।
पूर्ण और हस्ताक्षरित प्राधिकरण फॉर्म वापस करें:

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 लागू राज्य कानूनों और संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है, और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, वंश, धर्म, लिंग, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लैंगिक पहचान, यौन अभिविन्यास, आयु या विकलांगता के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।