



**ĐƠN ỦY NHIỆM HIPAA  
ĐỂ CÔNG BỐ THÔNG TIN SỨC KHỎE BẢO MẬT**

**MỤC A: Người Ủy Nhiệm cho phép Sử Dụng và/hoặc Thông Tin Bảo Mật.**

Tên Khách Hàng: \_\_\_\_\_

Số ID Khách Hàng #: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

**MỤC B: Việc Sử Dụng và/hoặc Thông Tin Bảo Mật được Ủy Nhiệm.**

**Thông Tin Sức Khỏe Bảo Mật PHI sẽ Được Sử Dụng và/hoặc sẽ Được Tiết Lộ: {Mô tả rõ ràng rằng PHI sẽ được sử dụng và/hoặc được tiết lộ; và gồm có ngày cung cấp dịch vụ, tên nhà cung cấp, v.v.}**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Xin kiểm tra xem ủy nhiệm này có dành cho các ghi chú trị liệu tâm lý không. Nếu ủy nhiệm này dành cho các ghi chú trị liệu tâm lý, quý vị không được sử dụng nó làm ủy nhiệm cho bất kỳ loại thông tin sức khỏe bảo mật (PHI) nào khác.

**Các Thực Thể hoặc Những Người Được Phép để Sử Dụng hoặc Tiết Lộ: {Tên hoặc mô tả rõ ràng những người và/hoặc tổ chức (hoặc nhóm người và/hoặc tổ chức), trong đó có bảo hiểm Central Health Plan California CHPC, những người được phép sử dụng và/hoặc tiết lộ PHI được nói tới bên trên}**

Central Health Plan of California (CHPC)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Thực Thể hoặc Người Được Ủy Nhiệm để Nhận: {Ghi tên hoặc xác định rõ ràng những người và/hoặc tổ chức (hoặc nhóm người và/hoặc tổ chức), trong đó có Central Health Plan California CHPC, những người được ủy nhiệm để nhận và sau đó sử dụng và/hoặc tiết lộ PHI được nói tới bên trên}**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**{Xin chỉ chọn một ô}**

Bảo Hiểm CHPC **ĐƯỢC** phép tiết lộ thông tin Khách Hàng về: AIDS/HIV và các bệnh truyền nhiễm khác; thông tin sức khỏe tâm thần (gồm có sức khỏe hành vi và chăm sóc tâm thần); điều trị lạm dụng rượu/ma túy; thông tin xét nghiệm di truyền.

Bảo Hiểm CHPC **KHÔNG ĐƯỢC** phép tiết lộ thông tin của Khách Hàng về: AIDS/HIV và các bệnh truyền nhiễm khác; thông tin sức khỏe tâm thần (gồm có sức khỏe hành vi và chăm sóc tâm thần); điều trị lạm dụng rượu/ma túy; thông tin xét nghiệm di truyền.

**Mục đích của sự cho phép: {Xin chọn các mục thích hợp}**

Theo yêu cầu của khách hàng bảo hiểm CHPC

Để giúp điều phối chăm sóc sức khỏe cho Khách Hàng

Vì lý do bảo hiểm hoặc thanh toán

Tôi đưa ra quyết định về sức khỏe cho khách hàng

Khách hàng qua đời và tôi quản lý tài sản của họ

Khác (xin nêu rõ): \_\_\_\_\_

**MUC C: Hết hạn và thu hồi.**

**Ngày hết hạn Ủy Nhiệm**

Ủy nhiệm sẽ hết hạn khi: **{Xin chỉ chọn một ô}**

12 tháng kể từ ngày ký Ủy Nhiệm **HOẶC**

Vào thời điểm hoặc sinh hoạt tiếp theo (phải liên quan tới cá nhân hoặc mục đích sử dụng và/hoặc thông tin tiết lộ được cho phép): **{Xin nêu cụ thể}**

---

Tôi, là khách hàng (hoặc người đại diện cho khách hàng), có đầy đủ thời giờ để đọc và suy xét nội dung của giấy ủy quyền này và tôi hiểu rằng bằng việc ký vào đơn này, tôi xác nhận việc tôi cho phép sử dụng và/hoặc tiết lộ về thông tin sức khỏe bảo mật của tôi, như được nêu rõ trong đơn này. Tôi, là khách hàng (hoặc người thay mặt cho khách hàng), đồng ý với những điều sau:

- **Quyền Thu Hồi:** Nếu tôi muốn hủy đơn ủy nhiệm này trước khi nó hết hạn, tôi phải gửi thông báo bằng giấy tờ cho bảo hiểm CHPC theo địa chỉ ghi bên dưới. Điều này được hiểu rằng thông tin sẽ được tiết lộ trước khi hủy bỏ bằng văn bản được thực hiện theo yêu cầu của tôi và với sự đồng thuận của tôi.
- **Khả năng tiết lộ lại:** Tôi hiểu rằng thông tin được tiết lộ theo đơn ủy nhiệm này có thể được người nhận nó tiết lộ lại thông tin và không còn được bảo mật bởi các yêu cầu về quyền riêng tư hợp pháp của liên bang hoặc tiểu bang. Bảo Hiểm CHPC, các cơ quan, nhân viên và viên chức của CHPC không chịu trách nhiệm pháp lý hoặc có nghĩa vụ pháp lý về việc tiết lộ lại thông tin nêu trong đơn ủy nhiệm này.
- **Khả Năng Hội Đủ Điều Kiện nhận Lợi Ích Không Bị Ảnh Hưởng:** Tôi hiểu rằng tôi không cần phải ký vào Đơn Ủy Nhiệm này và quyết định không ký của tôi không ảnh hưởng tới khả năng hội đủ điều kiện nhận các lợi ích, điều trị hoặc thanh toán. Tôi hiểu rằng CHPC và/hoặc các nhà cung cấp theo hợp đồng của

CHPC, trong một số trường hợp nhất định, có thể yêu cầu Đơn Ủy Nhiệm riêng cho các mục đích không liên quan tới Đơn Ủy Nhiệm này.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Khách Hàng

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên Khách Hàng viết In Hoa

Nếu đơn ủy nhiệm này được ký bởi một đại diện là cá nhân, tức là **có Cơ Sở Pháp Lý** để hành động đại diện cho cá nhân đó, xin điền các phần sau:

\_\_\_\_\_  
Tên Người Đại Diện là Cá Nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Người Đại Diện

\_\_\_\_\_  
Mối liên hệ với Khách Hàng

**Xin gửi đơn này tới:**

**Central Health Plan of California  
Đơn Vị Chăm Sóc Khách Hàng  
PO Box 14244  
Orange, CA 92863**

Xin liên lạc với công ty Central Health Plan qua số 1-866-314-2427 nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc nhận xét nào.

**QUÝ VỊ CÓ QUYỀN SAO LƯU MỘT BẢN ĐƠN ỦY NHIỆM NÀY SAU KHI KÝ.**

**HƯỚNG DẪN HOÀN TẤT ĐƠN KHÁCH HÀNG ỦY NHIỆM CHO CÔNG TY  
BẢO HIỂM CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA**

**Mục A: Cá Nhân Cho Phép Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ**

Xin điền tất cả các mục thông tin trong phần này gồm có Tên Đầy Đủ và Số ID khách hàng của quý vị chính xác như chúng hiển thị trên Thẻ Nhận Dạng, địa chỉ hiện tại của quý vị và số điện thoại liên lạc.

**Mục B: Việc Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ được Cho Phép**

- **Thông Tin Sức Khỏe Bảo Mật (PHI) được Sử Dụng và/hoặc được Tiết Lộ:** Điền thông tin sức khỏe bảo mật cụ thể mà quý vị muốn sử dụng hoặc tiết lộ. Thí dụ, nếu quý vị muốn tiết lộ thông tin giải quyết yêu cầu bồi hoàn, thanh toán yêu cầu bồi hoàn và ghi danh cho bên thứ ba thay mặt quý vị, quý vị có thể cân nhắc điền chi tiết sau vào các khoảng trống: *"Tất cả thông tin liên quan tới thanh toán yêu cầu bồi hoàn, từ chối bảo hiểm, trạng thái khiếu nại đang chờ giải quyết, trạng thái thanh toán hoặc bất kỳ thông tin nào khác cần thiết cần phải hỏi âm yêu cầu dịch vụ khách hàng thông thường."*
- **Nếu chọn Trị Liệu Tâm Lý, việc ủy nhiệm sẽ KHÔNG CÓ HIỆU LỰC cho bất kỳ và các mục đích sử dụng & tiết lộ nào khác.**
- **Các Tổ Chức hoặc Cá Nhân được Ủy Nhiệm để Sử Dụng hoặc Tiết Lộ:** Đơn này cho phép công ty bảo hiểm CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA tiết lộ thông tin này cho bên thứ ba khác thay mặt quý vị. Nếu quý vị cũng đang ủy nhiệm cho các bên không phải là CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA tiết lộ thông tin này, xin ghi danh tách cụ thể của các bên đó vào các khoảng trống này.
- **Các Tổ Chức hoặc Cá Nhân được Ủy Nhiệm để nhận:** Xin ghi ra (các) tên của (các) cá nhân hoặc (các) tổ chức mà quý vị ủy nhiệm tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Bảo Mật PHI và hành động thay mặt quý vị. Thí dụ: nếu quý vị ủy nhiệm cho vợ/chồng của mình hoặc bất kỳ ai khác thay mặt quý vị, hãy điền tên của họ vào những khoảng trống này. Nếu quý vị đang ủy nhiệm cho một tổ chức (chẳng hạn như nhà môi giới, chuyên gia cố vấn hoặc Đơn Vị Nhân Sự của công ty quý vị) thay mặt quý vị, hãy nhập tên cụ thể của tổ chức đó vào các khoảng trống sau: **Thí dụ:** *"Nhà môi giới ABC" hoặc "Đơn Vị Nhân Sự, Công Ty XYZ"*

**Đây chỉ là những ví dụ. Xin nhập tên thật của những người hoặc tổ chức mà quý vị ủy nhiệm cho phép nhận Thông Tin Sức Khỏe Bảo Mật PHI và thay mặt quý vị hành động.**

- **Mục đích của Đơn Ủy Nhiệm:** Có hai phần trong mục này. Xin chỉ hoàn tất một trong các phần này theo hướng dẫn sau:

Nếu chọn "Theo yêu cầu của cá nhân," quý vị đang ủy nhiệm cho (những) người hoặc (những) tổ chức mà quý vị chỉ định trong mục trước nhận Thông Tin Sức Khỏe Bảo Mật PHI của quý vị và hành động thay mặt cho quý vị với bất kỳ mục đích nào được Quy Tắc Quyền Riêng Tư HIPAA cho phép trong đó gồm có trạng thái bồi hoàn và yêu cầu thanh toán, khiếu nại, thanh toán lệ phí bảo hiểm và các mục đích khác về chính sách. Quý vị nên chọn phần này vì nó sẽ giúp người đại diện được ủy quyền của bạn và Dịch Vụ Khách Hàng công ty bảo hiểm CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA sự linh hoạt tối đa để cùng nhau hợp tác nhằm giải đáp và giải quyết các thắc mắc cũng như nhu cầu về dịch vụ liên quan tới chính sách của quý vị. **Nếu quý vị chọn phần này thì không cần nhập thêm gì khác trong mục này.**

Nếu chọn "Vì các mục đích sau:" quý vị phải nhập mục đích cụ thể cho việc ủy nhiệm vào các khoảng trống được ghi ra. Thí dụ: nếu quý vị chỉ muốn (những) người hoặc (những) tổ chức mà quý vị ủy nhiệm nhận được thông tin sức khỏe bảo mật của quý vị và thay mặt quý vị giải quyết khiếu nại bồi hoàn cho quý vị, quý vị sẽ ghi "***Để kháng nghị quyết định yêu cầu bồi hoàn***" hoặc một cái gì đó tương tự trong phần đó. Nếu quý vị chỉ muốn họ thay mặt quý vị kiểm tra trạng thái giải quyết yêu cầu hoặc trạng thái thanh toán, quý vị sẽ ghi "***Để kiểm tra trạng thái giải quyết yêu cầu hoặc trạng thái thanh toán***" trong phần đó.

**Nếu quý vị sử dụng phần này, quý vị cần biết rằng công ty bảo hiểm CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA sẽ chỉ có thể thảo luận thông tin liên quan tới các mục đích mà quý vị chỉ định với người đại diện được ủy nhiệm của mình ngoài ra không có gì khác.**

### **Mục C: Hết Hạn và Thu Hồi**

- **Hết Hạn:** Có hai phần trong mục này. Xin **chỉ hoàn tất một** trong các phần này theo hướng dẫn sau:

Nếu quý vị muốn đơn ủy nhiệm hết hạn vào một ngày nhất định, xin kiểm tra phần đầu tiên và nhập ngày đó theo thứ tự tháng, ngày và năm (***Thí dụ: 12/31/2004***). **Nếu quý vị nhập ngày vào khoảng trống này thì không cần nhập thêm phần nào trong mục này.**

Nếu quý vị muốn đơn ủy nhiệm hết hạn khi có sinh hoạt trong tương lai diễn ra, xin ghi sinh hoạt đó vào khoảng trống trong phần này. Thí dụ như quý vị có thể ghi "***Sau khi bảo hiểm của tôi chấm dứt với CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA.***"

### **Mục D: Chữ Ký Cá Nhân**

Xin viết tên in hoa vào khoảng trống đầu tiên, sau đó ký tên và ghi ngày vào khoảng trống có sẵn. Nếu người đại diện hợp pháp hoặc người giám hộ của quý

vị ký vào mẫu đơn thay mặt quý vị, người đại diện hợp pháp hoặc người giám hộ của quý vị cũng phải viết tên in hoa, ký tên và ghi ngày vào mẫu đơn và cho biết mối liên hệ của họ với quý vị trong khoảng trống để sẵn.

**Xin giữ một bản sao của tờ đơn này để lưu trong hồ sơ.**