

ЗАПРОС НА ОТЧЕТ О РАСКРЫТИИ ИНФОРМАЦИИ

Дата запроса:	
Имя участника:	Фамилия участника:
Идентификационный номер участника SFHP:	Дата рождения:
Почтовый адрес участника:	
Сторона, которая будет раскрывать информацию: San Francisco Health Plan P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119	
Я хочу запросить отчет о раскрытии информации за следующий период времени:	
С:	До:
Если вам нужен отчет только о раскрытии информации определенного типа или о раскрытии информации определенному лицу или организации, укажите, какой именно отчет вы хотите получить:	
<i>Я понимаю, что отчет будет предоставлен мне в течение 60 дней с даты этого запроса, если только SFHP не продлит этот срок еще на 30 дней, для чего в письменном виде сообщит мне причину задержки и срок, в который может быть предоставлен отчет. Я разрешаю представителям SFHP позвонить мне, чтобы задать вопросы в связи с этим отчетом.</i>	
Подпись пациента или личного представителя (Если подписывает представитель, указать, кем приходится пациенту):	Дата:
Номер телефона:	

FOR SFHP USE ONLY	
Date Received:	Date Sent:
Name of SFHP Employee Processing Request:	Title:

Если у вас есть нарушения слуха, звоните на линию TDD/TTY по номеру **1(415) 547-7830**, по бесплатному номеру **1(888) 883-7347** или на линию California Relay Service по номеру **711**. Вы можете запросить данный документ в альтернативных форматах, таких как шрифт Брайля, крупный шрифт или аудиоформат. Чтобы запросить документ в другом формате или получить помощь в работе с данным документом или другими материалами SFHP, звоните в Отдел обслуживания участников плана по номеру **1(415) 547-7800** или по бесплатному номеру **1(800) 288-5555**.