

## **SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY** **ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

Согласно требованию федерального законодательства San Francisco Health Plan (SFHP) обязан защищать конфиденциальность информации, которая позволяет установить вашу личность, а также имеет отношение к вашему прошлому, настоящему и будущему физическому и психическому здоровью и состояниям («защищенная медицинская информация»).

Заполнение данной формы позволяет вам назначить личного представителя по вашему выбору. Это лицо будет обладать полномочиями принимать решения, касающиеся медицинского обслуживания, а также подавать запросы от вашего имени. Ваш личный представитель будет иметь возможность использовать и разглашать вашу защищенную медицинскую информацию. **В случае предоставления *не всех* запрашиваемых данных настоящее разрешение будет считаться недействительным.**

### **УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ И ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

- Я понимаю, что не обязан (-а) заполнять данную форму для SFHP, если я не желаю назначить личного представителя. Назначение личного представителя является добровольным решением, и я могу отказаться подписывать данный документ.
- SFHP не должен ставить мое лечение, оплату, зачисление в план или право на льготы в зависимость от подписания данного разрешения.
- Я могу в любое время аннулировать настоящее разрешение. Отзыв разрешения может быть осуществлен в устной или письменной форме. Я понимаю, что мой отказ от личного представителя не будет распространяться на какую-либо информацию, которая уже была разглашена на основании настоящего разрешения.
- Информация, раскрытая на основании настоящего разрешения, может быть повторно раскрыта ее получателем и может больше не попадать под действие федеральных законов о защите конфиденциальности данных.
- Я понимаю, что данное разрешение будет иметь силу в течение всего срока моего участия в SFHP, в соответствии со всеми прочими параметрами, изложенными в данном разрешении, включая срок его действия и мое право на отзыв разрешения в любое время, и соглашаюсь с этим.

- SFHP может по собственному усмотрению не рассматривать назначенное лицо в качестве моего личного представителя, если: 1) будут объективные основания полагать, что я являюсь объектом домашнего насилия, домогательств или халатного отношения со стороны этого лица; 2) отношение к данному лицу как к моему личному представителю может представлять для меня опасность или 3) на основании собственной профессиональной оценки SFHP примет решение, что назначение данного лица в качестве моего личного представителя не в моих интересах.
- Я имею право по требованию получить копию настоящего разрешения.

**После подписания документа просим вас сделать копию данного разрешения и сохранить в ваших документах, а затем отправить его обратно по факсу или почтой на адрес:**  
**San Francisco Health Plan**  
**Attn: Compliance Officer**  
**P.O. Box 194247**  
**San Francisco, CA 94119**  
**Fax: 1(415) 547-7825**

### **СВЕДЕНИЯ О НАЗНАЧЕНИИ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

Настоящим я назначаю своего личного представителя в следующем порядке:

#### **Сведения об участнике:**

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

План медицинского страхования: \_\_\_\_\_ Ид. №: \_\_\_\_\_

#### **Сведения о личном представителе:**

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Кем приходится участнику: \_\_\_\_\_

Настоящее разрешение распространяется на следующую защищенную медицинскую информацию и решения, связанные с медицинским обслуживанием (выберите *только* один вариант из предложенных далее):

- Вся защищенная медицинская информация и решения, касающиеся моей истории болезни, психического и физического состояния и получаемого лечения, *включая* анализы на синдром приобретенного иммунодефицита (AIDS) или HIV, консультации и (или) лечение, лечение от алкогольной и (или) наркотической зависимости, психиатрическое лечение и лечение проблем поведенческого характера, а также услуги по планированию семьи.
- Вся защищенная медицинская информация и решения, касающиеся моей истории болезни, психического и физического состояния и получаемого лечения, *за исключением анализов на* синдром приобретенного иммунодефицита (AIDS) или HIV, консультаций и (или) лечения, лечения от алкогольной и (или) наркотической зависимости, психиатрического лечения и устранения проблем поведенческого характера, а также услуг по планированию семьи.
- Только следующие типы защищенной медицинской информации и решения, связанные с защищенной медицинской информацией (включая любые даты):  
\_\_\_\_\_

### ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ

Данное назначение личного представителя вступает в силу \_\_\_\_\_ и действительно до \_\_\_\_\_. (Напишите "N/A", если не желаете, чтобы полномочия вашего личного представителя истекали с наступлением определенной даты. **Напоминаем: вы можете в любое время отозвать свое разрешение на назначение личного представителя.**)

### ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА И ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ AM/PM

Подпись: \_\_\_\_\_  
(участник)

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ AM/PM

Подпись: \_\_\_\_\_  
(Личный представитель)

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**.