SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА НАЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY

Согласно требованию федерального законодательства, San Francisco Health Plan (SFHP) обязан защищать конфиденциальность информации, которая позволяет установить вашу личность, а также имеет отношение к вашему физическому и психическому здоровью и заболеваниям («защищенная медицинская информация»), которые могут иметь место в прошлом, настоящем и будущем.

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.

Заполнение данной формы также позволяет указанному лицу действовать в качестве вашего уполномоченного представителя при подаче жалобы или апелляции, в том числе использовать доступные вам права на независимое рассмотрение.

Заполните все поля настоящей формы. В случае отсутствия какой-либо информации ваш личный представитель не будет назначен. San Francisco Health Plan (SFHP) обеспечивает безопасность и конфиденциальность вашей медицинской информации.

- Вы соглашаетесь с тем, что желаете назначить личного представителя. Вы понимаете, что не обязаны подписывать данную форму. Вы соглашаетесь подписать настоящую форму, только если приняли решение назначить личного представителя.

  SFHP не должен ставить мое лечение, оплату, зачисление в план или право на льготы в зависимость от подписания данного разрешения. Вы можете в любое время аннулировать настоящее разрешение. Вы можете отозвать разрешение в устной или письменной форме. Вы понимаете, что ваш отказ от личного представителя не будет распространяться на какую-либо информацию, которая уже была разглашена на основании настоящего разрешения.

- SFHP обязуется не разглашать вашу медицинскую информацию об услугах помощи в деликатных ситуациях без вашего письменного согласия. Вам не нужно чье-либо разрешение на то, чтобы получать услуги помощи в деликатных ситуациях или требовать оплаты расходов по ним, если вы правомочны давать согласие на такие услуги. Возможно, вам нужно будет достичь определенного возраста или обладать достаточными полномочиями, чтобы иметь право давать согласие на услуги помощи в деликатных ситуациях, в зависимости от типа запрашиваемой услуги.
  - Услуги помощи в деликатных ситуациях включают в себя поведенческую терапию и лечение психических расстройств, услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, лечение заболеваний, передающихся половым путем (в том числе ВИЧ и СПИД), злоупотребления алкоголем и наркотиками, смену пола, а также помощь в случае насилия со стороны члена семьи или партнера.
  - Данная форма не дает разрешения на разглашение защищенной медицинской информации, включая услуги помощи в деликатных ситуациях. Чтобы предоставить разрешение на разглашение защищенной медицинской информации, включая услуги помощи в деликатных ситуациях, необходимо заполнить отдельную форму.

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

- Вы соглашаетесь с тем, что данное разрешение сохраняет свою силу в течение периода вашего участия в SFHP, с учетом исключений, изложенных в данной форме, таких как срок действия и ваше право в любое время отозвать разрешение.
- SFHP может принять решение о прекращении полномочий личного представителя. SFHP прекратит полномочия вашего личного представителя, если будут разумные основания полагать, что:
  1) вы подвергаетесь домашнему насилию, жестокому обращению или халатности со стороны этого лица;
  2) наличие данного лица в качестве личного представителя может представлять угрозу для вас или
  3) в рамках вынесения профессиональной оценки SFHP решит, что наличие назначенного лица в качестве вашего личного представителя не отвечает вашим интересам.
- Вы имеете право по запросу получить копию настоящего разрешения.

После подписания формы сохраните ее копию.

Отошлите эту форму по почте или факсу:
San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Факс: 1(415) 547-7825

Я соглашаюсь с тем, что указанное ниже лицо будет выполнять функции моего личного представителя:

Информация обо мне:

Имя: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

Город, штат, индекс: _____ № телефона: _____

Страховой план: _____ Идентификационный №: _____

Сведения о личном представителе:

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

Город, штат, индекс: _____ № телефона: _____

Кем приходится участнику: _____

_____

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

ДАТА НАЧАЛА И ОКОНЧАНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ ВАШЕГО ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

(Напишите «Н/Д», если вы не желаете прекращать полномочия личного представителя с наступлением определенной даты.)

Не забывайте о том, что вы можете прекратить пользоваться услугами личного представителя в любое время.

Полномочия моего личного представителя начинаются _____

и заканчиваются _____

ПОДПИСИ

Дата: _____ Время: _____ AM/PM

Подпись: _____

(Мои данные)

Дата: _____ Время: _____ AM/PM

Подпись: _____

(Мой личный представитель)

California Department of Managed Health Care отвечает за регулирование работы планов медицинского страхования. Если у вас есть претензия к вашему плану медицинского страхования, прежде чем обращаться в Департамент, вам следует позвонить в свой страховой план по телефону (**1-415-547-7800**) или (**1-800-288-5555**) и воспользоваться внутренней процедурой подачи претензии. Применение этой процедуры подачи претензий не препятствует осуществлению каких-либо ваших юридических прав или использованию средств правовой защиты. Чтобы получить помощь в отношении претензии, связанной с экстренной ситуацией, претензии, которая не была удовлетворительно разрешена вашим планом медицинского страхования, или претензии, оставшейся неразрешенной в течение более 30 дней, вы можете позвонить в Департамент. Вы также можете иметь право на проведение Независимой медицинской экспертизы (IMR). Если вы соответствуете критериям требования IMR, в рамках независимой медицинской экспертизы (IMR) будет осуществлен беспристрастный разбор медицинских решений, принятых планом страхования в отношении наличия медицинских показаний для оказания предлагаемой услуги или лечения, решений по оплате методов лечения, имеющих экспериментальный или исследовательский характер, и споров по поводу оплаты услуг экстренной или срочной медицинской помощи. Департамент также предлагает бесплатную телефонную линию (**1-888-466-2219**) и линию TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента по адресу **www.dmhc.ca.gov** представлены формы жалоб, заявлений на проведение IMR и инструкции по их заполнению.

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

Офис Уполномоченного по рассмотрению жалоб участников программы регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal в рамках штата может помочь вам в решении любых вопросов. С ним можно связаться по телефону **1(888) 452-8609.** Часы работы: с понедельника по пятницу, с 8:00 am до 5:00 pm PST, кроме выходных и праздничных дней.

Вы также можете обратиться за помощью к своему врачу или позвонить в Отдел обслуживания участников SFHP по номеру **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (бесплатный номер) или по номеру TTY **1(888) 883-7347.** Мы открыты с понедельника по пятницу, с 8:30am до 5:30pm.