

## **SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY** **ФОРМА ЗАПРОСА ДОСТУПА К ДОКУМЕНТАЦИИ**

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»).

Вы имеете право на просмотр и получение копии вашей защищенной медицинской информации, которая хранится в SFHP. Обращаем ваше внимание на то, что SFHP не сохраняет медицинские записи, поэтому если вы захотите получить свою медицинскую документацию, вам необходимо будет обратиться с соответствующим запросом к вашему поставщику медицинских услуг.

**Настоящая Форма запроса доступа предназначена для однократного запроса документов. Для всех последующих запросов необходимо заполнять новую Форму запроса доступа к документации. В случае предоставления не всех запрашиваемых данных данное разрешение будет считаться недействительным. Вы имеете право на получение копии данного запроса.**

**\* Если вы указываете номер телефона, вы даете свое согласие на то, что сотрудники SFHP могут звонить вам по указанному номеру в связи с данным запросом.**

### **УЧАСТНИК ИЛИ ЛИЧНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ, ЗАПРАШИВАЮЩИЙ ДОСТУП К ДАННЫМ:**

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон\*: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Ид. номер участника / номер полиса социального страхования: \_\_\_\_\_

### **УКАЖИТЕ ДОКУМЕНТЫ, КОПИИ КОТОРЫХ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ПОЛУЧИТЬ:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Интервал дат для запрашиваемых документов: \_\_\_\_\_

### **ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА:**

\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Если запрос подает личный представитель от имени того или иного физического лица, необходимо указать следующую информацию:**

Имя и фамилия личного представителя: \_\_\_\_\_

Кем приходится физическому лицу: \_\_\_\_\_

Подпись личного представителя: \_\_\_\_\_

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**.