

揭露解釋申請書

申請日期：	
會員名：	會員姓：
SFHP ID 編號	出生日期：
會員郵遞地址：	
資訊的揭露方： San Francisco Health Plan P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119	
我需要關於下列時間範圍內之揭露的解釋：	
始：	止：
若您只尋求關於向特定個人/組織所作之某類揭露的解釋， 請描述您正尋求解釋之揭露：	
我理解，我將於自本申請日期起 60 日得到解釋，除非 SFHP 將時間範圍另外延長 30 日， 並向我提供書面聲明，告知我延遲的原因及我預期可以得到解釋的最遲日期。我授權 SFHP 致電我來提出關於本申請的問題。	
患者或個人代表的簽名 (如果是個人代表，說明其 與患者的關係)：	日期：
電話號碼：	

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

如果您是聽障人士，請撥打 TDD/TTY 專線：1(415) 547-7830 和免費熱線：1(888) 883-7347 或透過撥打 711 接通加州殘障轉接服務 (California Relay Service)。您可索取其他格式的本文件，例如：盲文、大號字體列印和音頻等。如欲索取其他格式或需要協助閱讀本文件和其他 SFHP 材料，請致電客戶服務部，電話：1(415) 547-7800，或撥打免費電話：1(800) 288-5555。