

YÊU CẦU GIẢI THÍCH THÔNG TIN TIẾT LỘ

Ngày Yêu cầu:	
Tên Hội viên:	Họ Hội viên:
SFHP Số ID:	Ngày sinh:
Địa chỉ Gửi thư của Hội viên:	
Thông tin sẽ được tiết lộ bởi: San Francisco Health Plan P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119	
Tôi muốn một danh sách các tiết lộ cho khung thời gian sau:	
Từ:	Đến:
Nếu quý vị chỉ tìm kiếm danh sách (các) loại tiết lộ hoặc tiết lộ nhất định cho một người/tổ chức cụ thể, vui lòng mô tả các tiết lộ mà quý vị đang tìm kiếm danh sách:	
<i>Tôi hiểu rằng danh sách sẽ được cung cấp cho tôi trong vòng 60 ngày kể từ ngày có yêu cầu này, trừ khi SFHP kéo dài khung thời gian thêm 30 ngày và cung cấp cho tôi một tuyên bố bằng văn bản cho (các) lý do cho sự chậm trễ và ngày mà tôi có thể mong đợi để nhận được danh sách. Tôi cho phép SFHP gọi cho tôi nếu có thắc mắc về yêu cầu này.</i>	
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người đại diện Cá nhân (Nếu Người đại diện Cá nhân, cho biết mối quan hệ với bệnh nhân):	Ngày:
Số điện thoại:	

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

Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi đường dây TDD/TTY theo số **1(415) 547-7830**, số miễn phí **1(888) 883-7347** hoặc qua California Relay Service theo số **711**. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này ở các định dạng khác như Chữ nổi, chữ in cỡ lớn và âm thanh. Để yêu cầu định dạng khác hoặc để được trợ giúp đọc tài liệu này và các tài liệu khác của SFHP, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** hoặc số miễn phí **1(800) 288-5555**.